

مجلد
المعهد الطبي العربي
نبحث في الطب والصيدلة وجميع فروعها

يصدرها عن دمشق مصورة

المعهد الطبي العربي

كل ما يتعلق بالتحرير يفاوض به رئيس التحرير الدكتور مرشد خاطر
استاذ الامراض الجراحية ومسريرياتها
دمشق - سورية

دمشق مطبعة الحكومة

فاتحة السنة الرابعة

تقاصت السنة الثالثة سائرة في عالم اللانهاية فكانت سنة عصيبة قاسينا فيها من الصعوبة في تخير المقالات شيئاً كبيراً وانبج فجر السنة الرابعة مبشراً بالهدوء بعد الاضطراب وبالسكينة بعد القلق وداعياً ارباب العلم الى اشغالهم العقلية التي اهملوا ونقياتهم العملية التي كانوا قد رغبوا عنها فحق لنا ان نرقب مستقبلاً باهراً لمجلتنا التي نعهد لها فئة من ارباب العلم والادب وان تمنى لها سنة مجيدة تنسينا السنة التي مرت . غير اننا على الرغم من الأزمة الشديدة التي كانت آخذة بخناق البلاد لم نقف عن متابعة الجد في ترقية هذه الصحيفة الطبية وابلاغها بمستوى علمي عال . ففاوضنا نخبة من العلماء الاعلام في البلاد الفرنسية ورجونا منهم ان يتحفونا بمقالاتهم وثمرات اعمالهم ويخصصوا لمجلتنا بابحاث لم تنشر في المجلات الفرنسية فلبى طلبنا الكثيرون منهم ووعدونا بأنهم لا يتأخرون عن اجابة سؤلنا خدمة لهذه البلاد ورغبة في إعلاء مستوى المجلة العلمية وان في ذكر اسماء هؤلاء الاساتذة ما يعني عن تعريفهم الى القراء ولهذا اكتبنا بذكر اسمائهم والقاهم في صدر هذه المجلة شاكرين لهم بالنيابة عن قرائنا ما اولونا من الفضل وقد رأينا فائدة كبيرة في نشر مقالاتهم باللغتين العربية والفرنسية والحاق الاصل الفرنسي باجزاء المجلة العربية واننا ننشر في صدر هذه السنة مقالة للأستاذ تانوت من باريس واعدين

القراء الكرام بنشر كل ما يرد اليها من هؤلاء الاساتذة غير اننا نتمنى في الوقت نفسه لو يوجه اطباء البلاد العربية الى هذه المجلة النظرة التي وجبها اليها اطباء فرنسا وهم اجدر بذلك لأن هذه المجلة عربية اللغة تسمى السعي الحديث وراء ترقية لغة العلم وتسهيلها على العلماء ولا سيما الاطباء اذا كانوا يخدمون الطب الخدمة الجليلة ويحتمنون الى هذه اللغة الشريفة بكل الاحسان . ان المجلة تفتح صفحاتها لكل طبيب عربي وتدعوه الى تدوين ما يروى فيه الفائدة العلمية ولا تستعكف عن نشر ما يرد اليها من الانتقادات اذا كان فيها نفع ولكنها تهمل كل ما يشتم منه انه فقد شخصي لا علاقة للعلم به وقد قابلت بالرضى والشكر ما كان يتحفها به العلامة الاب انستاس ماري الكرملي اللغوي الشهير من الانتقادات اللغوية وسألت اللغويين المنششرين في البلاد العربية ان يقوما ما وجدوا فيها من التأود فحسب ان يلبي اطباء العرب ولغويهم هذا النداء الذي صموا آذانهم عن سماعه حتى الآن وقد رأت ادارة معهدنا الطبي ان مصلحة المجلة تقضي بالقاء امورها الادارية الى السيد داود المارديني فعهدت اليه بادارتها فخرجوا من قرائنا الكرام ان يغلوضوا السيد الموما اليه بكل ما يتعلق بالشؤون الادارية من قيد اشتراكات وتعدد بدلات ونشر اعلانات وسوى ذلك كما اننا نرغب اليهم ان يعودوا في الامور التحريرية الى رئيس التحرير الحكيم الأستاذ مرشد خاطر .

واننا نتمنى لقراءنا الكرام في مطلع هذه السنة علماً ملوئاً الاقبال والشفاعة بمنه وكرمه .

الجرذ مدخر لفوعة^(١) الطاعون^(٢)

للحكيم ل . نانون استاذ مرشح بمعهد الطب في باريس

(لم تنشر الا في هذه المجلة)

ان وجود مداخر للفوعات في الحيوانات ومعرفة الطب لها مكانا
الباحثين منذ عشرين سنة من تعليل كثير من الحالات التي لم يكن يشتك
في وقوعها ولكن تعليلها كان مستصعبا فكانت تنسب الى سبب مجهول لأن
التوصل الى كشف سببها الحقيقي كان مستحيلا . فكان يعتقد البشر
انها آفة من السماء ولا سيما الطاعون الذي لم يكن يتفشى مرة الا كان
بمعد ضربه من الضربات السماوية .

اما الآن فلدينا الحجج الراهنة على ظهور هذا الوباء فقد بين
ميموند ان الطاعون ينتقل من الجرذ الى الانسان بالبراغيث وان هذه تترك
الجرذ الميت متى برد ملقحة الانسان بالمرض .

غير ان نقطة واحدة بقيت مغمضة حتى هذه السنوات الاخيرة وهي
معرفة سبب ظهور الطاعون في مكان كان قد تقلص ظل هذا الداء منه
منذ عدة سنوات دون ان يكون وارد جديد لجراثيمه فكم عاد الطاعون

(١) الفوعة ترجمة Virus

(٢) نقل هذه المقالة الى العربية الحكيم مرشد خاطر .

الى الظهور في كثير من البلدان على رغم الاحتياطات الشديدة التي اتخذت لقطع شأفته وانتائه حتى كان يخيل انه ولد ولادة جديدة في تلك البلدان وتعليل هذه القضية كان مختلفاً فيه فمنهم من كان يقول ان مطعوناً او مطعونين كانوا يخترقون الحجر الصحي رغم الرقابة الصارمة ويدخلون ذلك البلد ومنهم من كان ينسب الامر الى الجرذان التي كانت تأتي من المناجم او ثغوب الارض مجهزة بعصيات يرسل .

غير ان زمن هذه التعليلات قد تقلص لان معرفتنا ان الجرذ مدخر لنوعية الطاعون كافية لتعليل الامر جيداً . ان اوربرت من بونس ايرس بين منذ سنة ١٩١٠ ان هذا الحيوان القارض قادر على الاحتفاظ بعصية الطاعون في بيته دون ان يصيبه منها اقل ازعاج وقد اثبت الفكرة نفسها رانو سنة ١٩٢١ في مراکش وتمكنت انا بدوري من ايضاح هذه القضية سنة ١٩٢٢ في مخبر الاربعة الملحق بمديرية الشرطة حين نفشى وبأخفيف من الطاعون في سنتي ١٩٢٠ و ١٩٢١ .

ان مدخر النوعية يمتاز عن الحامل الدائم لأن الاول يحمل دائماً جرثوماً يحيا فيه حياة خفية ويعيش في جسده عيشة عزلاء (Saprophyte) فلا يكون الحامل مريضاً وهو يحيا ويموت وعصيته معه ينقلها الى ذراريه مع بقاء نوعها مخفياً الى ان يأتي زمن تتوفر فيه شروط لا نعرف عنها الا الشيء القليل لتعلق بتأثيرات ارضية وجوية يكتسبها هذا الجرثوم الاعزل سلاحاً وسمية فيبدو المرض منذ تلك اللحظة ويثبت وجوده في الاشخاص الآخرين الذين لقعوا به ويتكامل

فيظهر الوباء .

واما الحاملون الاصحاء فهم اشخاص يحملون عرضاً جرثومياً هم منيعون عليه اما لاصابتهم السابقة بالمرض او لاعتيادهم اياه اعتياداً بطيئاً يولد فيهم اصداداً . غير ان هذا الجرثوم يبقى نشيطاً ويولد المرض في الاشخاص المستعدين متى نقل اليهم . هذه هي الحالة في حملة عصيات الخناق الدفترى الاصحاء والعصيات التيفية الذين يحفظون فيهم جرثوماً نشيطاً يحدث الدفترى او الحمى التيفية متى نقل الى اشخاص آخرين سواء اكانت المدى مباشرة او بالواسطة .

ان مدخر القوعة يحفظ اذن العامل المرضي الذي يكون فيه مخفناً وبقية كذلك وتوجد مداخر كثيرة للفوعات نقول في اقلها انه الواسطة الفضلى في علم الوقاية فداخر المثقيبات (Trypanosomes) المرضية المضرة بالانسان هي الوحول (بروس Bruce) والحرر الكبيرة ومدخر المسكورات الماعلية (Mélitecoque) هو الماعز ومدخر الحمى السوداء (Kala-azar) هو الكلب ومداخر الجراثيم الاخرى هي بي التفسخات العضوية .

واما الطاعون فمدخر فوعته الجرذ . ان الوباء الذي انتشر في منشورية سنة ١٩٠٨ قد لفت الانتظار الى نوع من الوباء الافرنجي (Marmotte) يعيش في سيبيرية لأن الوباء بدأ أولاً في صيادي هذه الحيوانات الذين وجدوها خارجة من احجارها وقددوا جلودها . دون ان يكون الطاعون قد ظهر في هذه الحيوانات أولاً فلا يعمل ظهوره الفجائي اذن الا بالافرار

بأن هذه الحيوانات كانت تحمل عصية الطاعون المخففة دون ان تصاب به وهذا ما قبله ميسونند (في كتاب الامراض الاجنبية لغزل وكلاراك) وقد نسبوا سيف اميركة الى السنجاب البري المسحى بالانكليزية (Ground Squirrel) الدور نفسه .

غير ان الوبر الافرنجي او السنجاب لا يوجدان في كل مكان بيد ان الجرذ بعكس ذلك قد عرف منذ زمن طويل انه يصيب بالطاعون قبل الانسان وان الوباء الجرذي يتقدم دائماً الوباء البشري ؛ فهل يستغرب اذن ان يكون الجرذ مدخر الفوعة ؟ هذا هو السؤال الذي تساءلته . وأجبت عنه . الاتق بالاجابة . ان الجرذ قادر في الاماكن التي تلوث بالطاعون قديماً على الاحتفاظ بعصيات هذا الداء مخففة دون ان تمرضه وتطلى ادخالها فيه . سنوات عديدة دون ان يشك احد في انه يحملها ، فهو اذن مدخر الفوعة . وايضاحاً لذلك نستند على هذا الامر وهو انه في سياق وباء خفيف كان قد انتشر في باريس في سنتي ١٩٢٠ - ١٩٢١ قل عدد الاصابات في الانسان وازداد في الجرذان وقد ثبتت هذه القضية في الخبر الخاص بمعاينة الجرذان الذي اوجده مديرية الشرطة حيث كانت تجري المعاينة يومياً . فكان هذا مدعاة الي الظن بوجود شيء مخالف للمقررات التي كان الرأي العام قد أجمع عليها .

وقد بينت لي التحريات التي ثبت بها في ذلك الوقت ان الجرذ كان يبق ملوثاً متى وجد في مكان كان الطاعون قد انتشر فيه قديماً ، مدة اطول مما كان يظن وانه كان قادراً على ادخال العصية مخففة دون ان تمرضه او ان

تظهر اصابة واحدة بشرية . فكان الجرذ اذن مدخراً للقوعة كالانسان لأن لا كل وبوري (مجمع العلوم سنة ١٩٢٢) قد تحققت انه حين كانت تنزل عقد الاربية ^(١) في زنوج السنغال حتى في الاصحاء منهم كانت توجد عصية الطاعون في كثير منهم وان جميع هذه الحالات قد درسها جيداً كارسنتي في اطروحته التي موضوعها الجرذ مدخر القوعة (باريس سنة ١٩٢٣) .

وقد اجرت اللجان الانكليزية في الهند في سنوات ١٩٠٧-١٩١١ تتبعات شبيهة بهذه فثبت لها مع (شو كاي) وجود طاعون جرذي مزمن ينصف باورام عقدية متفحمة وخراجات واحتشآت (Infarctus) في الطحال كانت تظهر حين فتح جثث هذه الحيوانات وبالتصاقات في الكبد وآفات استحالة نادرة فيها . واما طيعة هذه الافات الطاعونية حينما لم يكن يثبتها وجود عصيات الطاعون فقد كان يثبتها التلقيح والزرع ان هذا الوباء الحيواني الذي كان يمت كثيراً في مدن مختلفة وبلدان عديدة من الهند لم يكن يسبب ابداً وبأبشرياً . ولكنه كان مرضاً مزمناً ليس غير . ان التحريات التي اجرىتها على ١٠٠٠ جرذ في باريس وضواحيها منذ ست سنوات قد اوصلتني الى استنتاجات شبيهة بهذه غير انني وجدت فرقاً واحداً وهو انني لم ار في واحد من هذه الجرذان اقل آفة . وبما ان صحة هذه الحيوانات كانت جيدة للغاية لا يحق لنا ان نقول انها كانت مصابة بطاعون مزمن . لان الطاعون المزمن معناه مرض يسير ضعيفاً

(١) الاربية (Aine) وقد نبه اليها الاستاذ الحكيم جميل الخاني

بطيئاً إلا أنه متصف بصفات خاصة . وبما أن الجرذان التي عاينتها لم تكن فيها أقل آفة مع أن في طحالها كانت توجد عصية الطاعون لا يحق لنا أن ندعوها مصابة بمرض مزمن وإنما هي مداخل للقوغات . وإنما كسائر المداخل خطرة للغاية لأنها تهدد البشر العائشين قريباً دائماً بالمرض وهذا الخطر يظل مجهولاً ما زالت العصية مستترة ولكنها متى عادت إلى سميتها ونشاطها ظهر الوباء الحيواني الذي يتقدم الوباء البشري . لتعرض أولاً مفاد بحر يائنه فإن كين استحصالي النتائج إلى ما بعده .

وصف المرض الوائد : يوجد في باريس كما ثبت أيضاً في انغولم وموزمبيق وكاراجا أيضاً ، وأوريرت في تونس وباريس جرذ واحد يمكنه عصية الطاعون في طحالها من كل مائتي جرذ وهذا هو المعدل الوسطي . ويزداد هذا المعدل في الإبل كن التي وقعت فيها إصابات بين البشر ويظهر أن عدوى الجرذ للجرح محدودة جداً . لأن فارة حاملة لعصية يرسان وتلدت خمسة فلم يكن بينها سوى اثنين مثلها حاملين لهذه العصية التي لقحت بهما فارة أخرى ثالثة .

الاعراض : لا تكاد توجد لأن الجرذ لا يمرض وإنما تلفت الأنظار إلى هذا الأمر لأنه كبير الأهمية

يجب أن نعين الجرذان السليمة كافة لتعرف بينها مداخل القوغات وقد يعجب المتجري إذ يجد في الطحال العصية مع أنه ما من عرض كان يدل على وجودها . فقد رأيت في الجرح كثيراً من الجرذان سليمة كل السلامة لأمعة الشعر كثيرة الاشتباه وكنت أجد على الرغم من مظهرها

المصحى في طعالمها أو كبندها الذي فتح جثتها عصيات الطاعون .

التشريح المرضي : ان ما يسترعى الانظار حين معاينة احشاء هذه الحيوانات انما هو فقدان كل ناقة حتى ان العقد المتبقية نفسها تادرة جداً . واذا وجد منها في الاربية والابط تكون صغيرة جداً ومتى شقت وبشطت على صفيحة زجاجية لا توجد فيها دائماً عصيات ولو وجدت هذه سيفي الطحال .

وان علامة واحدة بدت لي اكثر اهمية وهي كثرة الاوعية على الوجه الباطن للضد البطن (اي بحداره) وليست هذه العلامة ثابتة ايضاً لانها لا تصادف الا في ثلاثين بالمائة من الجرذان التي هي مدخر القوغات . ووضخامة الطحال التي قد يظن انها كثيرة ، نادرة ايضاً وهي قد توجد ايضاً في الجرذان التي لا تحمل العصيات كما توجد في الجرذان التي أثبتت المعاينة وجود العصيات فيها . فلا يبنى عليها اذن تشخيص نقرسي .
وسائر الاعضاء الاخرى طبيعية ايضاً .

الجرثوم : يشاهد الجرثوم في الاعضاء الالائية منسقة حسب كثرة وجوده فيها : الطحال والكبد والعقد . ان الطحال هو ولا مشاحة المعضو الذي يستقر فيه الجرثوم اكثر من استقرائه في سواه ويجب تحري الجرثوم فيه بكشطه ومد هذا الكشاط على صفيحة زجاج . وهذا التحري هو اهم سائر التحريات واذا لم توجد العصيات على الصفيحة فلا توجد في الكبد . ولا في العقد . يختلف عدد الجرثامين بين واحد و ٢٥٠ في ساعة المجهري . التي استعملت العدسة المغاطسة .

وتتصف العصية في سائر معايناتها بصفات مكورات يرسم العصوية (Coco-bacille) مع تلون قطبيها وعدم اصطبغها بطريقة (غرام) وباجتماعها كوماً او سلاسل خطية في النسيج الخلالي للعضو . ويسهل ميز هذه العصيات بمنظرها عن العصيات النظيرة التيفية وعصيات فريدلندر والعصيات الكولونية وعن بعض القطور التي كثيراً ما تشاهد في طحل الجردان . فان هذه الحيوانات تكون طحليها واكبادها ملوثة بهذه الجراثيم العديدة بالنظر الى كثرة اسباب العدوى المعرضة لها .

التحري : ان تعين الجرذ مدخر الفوعة بسيط : يكشط الطحال بعد شقه عرضاً كون ان يلتفت الى باقي الاعضاء فاذا لم توجد عصيات فيه لم توجد ايضاً في الاعضاء الاخرى ثم يلون الكشاش بازرق المثلين ويطرقة غرام اذا قضت الضرورة ويعاين بالعدسة العاطسة . ويكون التحري في بعض الاوقات طويلاً يستدعي بعض الخبرة ولا حاجة الى تمرير المحضر جميعه وانما يكفي بان تعاين نقطتان او ثلاث نقط مختلفة منه لان العصيات لا تكون موزعة في سائر النقط توزعاً منتظماً . فهي توجد في بعض فصيصات الطحال ولا توجد في الاخرى ويسهل تحريها حيث توجد . ان معاينة الكشاش يستغرق دقيقتين الى ثلاث دقائق . فاذا لم ير شيء حق انسا ان نقول ان الجرذ لا يكن عصيات الطاعون .

ويجب ان نعلم ان العصية قد تكون اكبر واضخم من العصية المعروفة وقليلاً يكون منظرها كمنظر المكورات المزدوجة (Diplocoque) ويندر ان يكون كمنظر مكورة كبيرة . وان هذه الاشكال لا تفيد في وضع

التشخيص ولكنها متى وجدت مع الاشكال الاخرى دلت على ان العصبية مخففة لان هذه الاشكال نفسها هي التي تشاهد في المزارع القديمة التي خف نشاطها . فهي اذن انواع تغلف . ومتى زرعت هذه الاشكال او لقمح بها انبتت عصبيات لها منظر مكورات يرسم العضوية نفسه .

اثبات الموية : وروية هذه العلامات لا تكفي للقول بوجود عصبية الطاعون لابل يجب ان تثبت وجود هذه العصبيات اثباتاً حسناً ويتم ذلك بفرك جلد فارة تنف شعرها بالطحال نفسه الذي مددنا منه المحضر فاذا اصابها الطاعون لم يعد شك في وجود العصبيات في الطحال لان عصبية الطاعون وحدها تدخل الدوران بهذه الطريقة بيد ان المكورات الرئوية (Pneumocoque) التي تؤثر في الفارة لا تتمر بهذه الطريقة

ان سائر التشخيصات التي وصفناها اثبتناها بهذه الطريقة على الفارة البيضاء والجرذ والقبعة فكانت تموت هذه الحيوانات بعد ان تصاب بخمول ووهن وخيل وحى يتقدمها زمن مديد من الحضانة لم تكن تبدو في اثنائيه اقل علامة . وكانت الفارة تموت ببطء ما بين اليوم الخامس والحادي عشر والجرذ والقبعة ما بين الحادي عشر والخامس عشر . وكان الموت بطيئاً اكثر من ذلك في بعض الاحيان الامر الذي ننسبه الى ضعف سمية العصبيات فـان بعض القيران كانت تموت في اليوم الثالث عشر وبعض القبعات في الخامس والعشرين فلا بد اذن من الانتظار كل هذه المدة قبل الجزم .

متى فتحت جثة الحيوان الميت ظهر طحالاً مرصعاً بعصبيات الطاعون المتصفة

بأسائر الاوصاف الظاهرة - والعقد المتفصحة كثيرة الوقوع في الارض. ويقع الاصابة
ولا توجد في غير هاتين الناحيتين واما باقي الجسد فسلام ولا ترى فيه اقل افة
النتائج : يثبت لنا اذن ان اعتقد طبقاً للاسباب التي ذكرناها بان مدخر
القوات هي الجرذان السليسة التي لا تشكو من تخموت تعيش كما تعيش سواها الا ان
طحنها يحتوي على عصيات الطاعون التي اذا لمحت بها الفقارة قضت بسببها
وهذا الامر مهم كل الاهمية في وجود المرض فالجرذ لذن مدخر للقوة
كل حيوانت الاخرى يقول ميسوندي الذي ذكرنا مسبقه عن الطاعون سيق
مؤلف الامراض - الفريرة الخال وكلاهما في الصفحة ٦٤٦ : ان الفرد
المتنصب والمز والحقبة قد يظهر فيها الطاعون ظهوراً عارضاً على
ان تعيش في بيئة يكون فيها المرض منتشراً بين الجرذان والانسان ولكنه
يقول ان الحيوان للمسمى (Tabargane) هو مدخر القوة وان المرض ينتشر
بين هذه الحيوانات انتشاراً دائماً بلدياً تصحبه حالات جارية حيناً بعد حين
: وهو يذكر ان دو جردن وبوميه ومنسي حقنوا سنة ١٨٩٢ بعض
الحيوانات في اثناء نومها الشتوي بجراثيم الطاعون فلم تغترها جثي ولم تصب
بالمرض ولا بآعراض مرضية اخرى ولكن هذه الحيوانات كانت تموت
موتاً طبيعياً بعد شهرين او اربعة اشهر وقد عللوا هذا الامر بسقوط حرارة
الحيوانات مدة الشتاء وهذا ممكن ومنطوق على المنطق غير ان الامر نفسه
يحصل في الجرذ على ما ارى وعلى الاقل فانه يحصل في النواحي التي كان
الطاعون وافداً فيها في زمن من الازمنة ثم تلاشي فلا شيك تدريجياً
: ولا ينبغي ان نغفروا الجرذ التي تضعف بسمية العصية ذات علاقة بمناخ

الحيوان ومن المحتمل ان تتم الاشياء على هذا الطرز : ان جرذاً يصاب بنوع خفيف من الطاعون فيشتفي ثم تلتصقه البراغيث بعصيات الطاعون فلا تميتها هذه العصيات في جسمه الا حياة خفيفة لانها تكون قد دخلت بيئة منيعة وينتهي امرها بالاضمحلال لتأثير الاضداد فيها فانها تقل المرض الى جرذان اخرى كان انتقاله حسب هذا النوع الخفيف وهكذا يمكننا ان نعلم بما قلنا آنفاً اي ان الجرذ مدخر للنوع

وهذا يفهمنا سبب ظهور الطاعون ثانية في بلد بعد ان يكون قد غاب عنه سنتين او ثلاث سنوات او اربع : كان يقال في تعليل هذا انه لا بد من وجود وارداث مجهولة مع انه لا حاجة الى هذا التعليل لان الجرذ هو الذي احتفظ بالعصية مخفية في بيته فكانت سبباً للعدوى حينما عادت اليها سميتها بفضل توفّر الشروط الملائمة لها في الهواء والارض .

ان ضعف الجرثوم في الحيوانات التي هي مداخر النوع حقيقي لان هذا الجرثوم يعود الى سميته متى لقي به حيوان فتي . فقد تمكنت من إطادة عصية انشط مما كانت عليه ثلاث مرات بيا داخلها في بنية فارة عمرها شهر واحد . وما هذا الا اعادة لاختبارات باستور .

فلا يجب ان يعد الطاعون الحيواني بعد الآن كجائحة يحتاج الجرذان فقط وانما كتعفن ثابت عام مخفف يظهر بمظهر الانواع الخفية ويجب ان يعد الجرذ كالوبر الا فرنجي مدخراً لنوعه الطاعون .



ردوض القرصين المفصليين في الركبة ^(١) (Ménisques)

✽ للحكيم لومر كل استاذ السريريّات الجراحية ✽

يجدري ان اطلعكم على ما قاله موشه وتفرنيه في مؤتمر الجراحة الاخير الذي عقد في باريس عن آفات هذين القرصين المفصليين وان يكن الحظ لم يتح لنا حتى الآن ان نرى في شعبتنا الجراحية هذه الحالات عرف الاطباء الاكثليز في هذه السنوات الاخيرة هذه الافات معرفة حسنة اما في فرنسا فلم يكن يعرفها الا الاطباء العسكريون الذين كان معظم مرضاهم من الجنود المغرقين في الالعب الرياضية على انواعها وفضلا عن ذلك فان الجراحة كانت تعرض عن فتح مفصل الركبة وتكتفي بوضع آفاته في لائحة الامراض الرثوية اما اليوم فقد تبدل الامر كل التبدل وانتبه الجراحون الى هذه الافات التي يكثر حدوثها حيث تكثر الالعب الرياضية واتي لوانق انه سيأتي يوم تنتشر فيه هذه الافات بين ابناء وطنكم وهو اليوم الذي نعم به الالعب الرياضية صفاركم وشبانكم واذك يترتب عليكم ان تشخصوا هذه الافات حين وقوعها وتبعثوا بمرضاكم الى الجراحين في حين ان سواكم من الذين لم ننبه افكارهم اليها يرسلون مرضاهم الى المياه المعدنية ليستشفوا من رثيتهم

(١) محاضرة القيت في ١٦ تشرين الثاني سنة ١٩٢٦ ونقلها الى العربية

الحكيم مرشد خاطر

الموهومة التي لا اثر لها في مفاصلهم ولست أرى بدأ قبل ولوج هذا البحث من تذكريكم بذرو من التشريح والفسولوجيا لان هذه المعلومات ضرورية لفهم هذه الافات

التشريح : انكم تعلمون حق العلم ان القرصين المفصلين أو ذينك الجسمين اللينيين الغضروفيين معترضان بين حديتي الفخذ والاجواف الصدفية (١) للظنوب (٢) وانها اثنان انسي ووحشي وانها هلايان وان الربط التي تربط الانسي منها مشدودة اكثر من الربط التي تربط القرص الوحشي وهذا ما يعيد القرص الاخير او الوحشي اكثر نحر كآ من رقيقه ويمكنه من ملافاة الرضوض التي تصيب تلك الناحية . واني اذكركم ايضا بارتباطات القرصين بالربط الخارجة عن المفصل والداخلة فيه وبالمربعة الرؤوس في الامام وبالمأبضية والغشائية النصف في الورا وان هذه المعلومات لا بد منها لتعليل آلية انكسار القرصين . وينبغي ان تعرفوا ايضا ان الاوعية المغذية للقرصين تأتي من المحفظة وتقف عند قاعدتها وهذا بين لنا السبب في وقوف العوامل الالتهابية الآتية بطريق الدم عند ذلك الحد دون ان تصل الى القرصين نفسيهما فالتهاب القرص (Meniscite) اذن لا يجد له محلا في علم الامراض كما ان اندماله امر مستحيل ايضا .

(١) الصدفية نسبة الى الصدف وهو ما كان يسمى الجوف العنابي او (Cavité g no ide)

(٢) الظنوب ترجمة (Tibia) وهو عظم الساق الذي كان يسميه الاثراك قصبة مع ان القصبة كل عظم يحوف

الفسيولوجيا : يكمل هذان القرصان سطحي الظنبوب المفصليين لانهما جوفان حقيقيتان معدان لقبول الحديبتين الفخذيتين . غير ان الفخذ ترتكز مباشرة على سطح الظنبوب فلا يتحمل القرصان الاقسماً خفيفاً من هذا الضغط وان قطعها الزاوي يدعوهما الى الافلات من الضغط كما نقلت بذرة البرمال من الاحبتين الظاعطين لما . اما وظيفتهما فثنوية فهما يلان تلك القسمة الزاوية التي تفصل سطح الفخذ المفصلي عن سطح الظنبوب ولهذا يمكن استئصالها لا يعيق حركة المفصل سطلقاً .

وينهل عليكم ان تمهروا ايضاً ان هذين القرصين باخلاتهما الدائم من الفخذ التي تضغطهما وتدفعهما الى الامام حين البسط والى الوراء حين العطف قد يقرصان فينشقان او يتكسران . وان تبدل القرصين تابع لتبدل حديبتي الفخذ . فان الحديبتين تنزلتان حين البسط الى الامام فتدفعان القرصين امامهما الى الامام ولكنها حين العطف تنزلتان الى الوراء فتدفعان القرصين الى الوراء ايضاً .

وتؤثر الرهط والفضلات ايضاً في جرّ القرصين وتحرّيكهما .

وان تبدل القرصين في اثناء دوران الساق خفيف جداً بالنسبة الى تبدلها حين البسط والعطف . ولا سيما في حركة عطف الساق الى الوحشي التي تقع كثيراً في اثناء الافات القرصية فان القسم الامامي للقرص الانسي يتبع المحفظة التي تلتصق به ويتحرك من الوراء الى الامام ومن الانسي الى الوحشي بيد ان حديبة الفخذ التي تنزل الى الوراء تدفع طرفه الخلفي الى هذه الجهة ايضاً . فينتج من هذا ان القرص يشدّ شداً عنيقاً وقد

يؤدي ذلك الى اقتلاع قرنه الامامي وانشقاق جسمه ولا سيما في اضعفت الى حركة الشد الدورانية حركة العطف .

وان القرص الانسي هو القرص الذي يصاب غالباً وقد درس موشه وتفرنيه جيداً تشير بجه المرضي ولا بد من العناية الى امر مهم في هذا البحث يقول المؤلفون ان آفات القرصين الرضية هي الكسور (ويعني بذلك التمزق والشقوق) والخلوع بيدان موشه وتفرنيه لا يعيدان الخلوع الا امرأ ناشئاً من الكسور لان القرص لا يخلع الا بعد ان ينكسر . وهذه هي النماذج المختلفة التي ترى نرتبها حسب كثرة وقوعها .

١ الانكسار الطولي وهو اكثر الافات وقوعاً ٢ اقتلاع الارتكاز الامامي للقرص واقتلاع قرنه الامامي ٣ انفكسار القرص عرضاً .
٤ اقتلاع الارتكاز الخلفي للقرص واقتلاع قرنه الخلفي وهذا نادر جداً لصلابة هذا الارتكاز ٥ انشقاق افقي يقسم القرص حسب كثافته قسمين كل هذه الافات لا تندمل لان القرص لا يحتوي على اوعية خاصة به .

آلية (الميكانيكية) : يندر ان تنشأ هذه الافات من سبب أثر مباشرة (السقوط والركبة منعطفة على درجة سلم او على جسم صلب واخر اذ قاطع) وانما يكون السبب غالباً بالواسطة وينسب الانكياز والاميركان دائماً الى حركة مشتركة تكون الركبة فيها منعطفة والساق مدارة الى الوحشي وان التشريح والفسولوجيا قد انا را لنا هذه النقطة .

الاعراض : ان مشهد آفات الاقراص المفصلية يتألف من قسمين

القسم الاول منها قلما ينجلي به المرض ويشخص تشخيصاً واضحاً ولكنه يظن وثاءً (Entorse) بسيطاً مع ان القرص قد تمزق او انشق والقسم الثاني هو القسم الذي تعاقب به العوارض وتخلله فترات سكون وهدو اما شكل هذه العوارض فيختلف ولكن النوع الاكثر وضوحاً انما هو النوع الذي يتمثل به انخلاع القرص : فيحدث ان المفصل ينقل في اثناء حركة فجائية ثم يعود فيرد ويعقب ذلك زمن يظهر به الالم واستسقاء المفصل المصلي .

ويختلف السير ايضاً كما يختلف شكل العوارض : فان الاعراض تبقى تارة ثابتة لا تبدل الى ما شاء الله او انها تشتد طوراً وتخف وتندفع الى عملية جراحية او ان الاعراض تزول جميعها وتخفي فيأتي زمن السكينة والهدو حتى انه يخيل للمريض انه قد شفي غير انه لا يلبث ان يصاب بنكس .

الانفعال : هو العرض الاكثر دلالة على آفات الاقراص وهو يقع فجأة في اثناء حركة غير طبيعية ويعني به ان الركبة تجمد فجأة ولا تعود قادرة على ان تنبسط انبساطاً كاملاً مع ان الانعطاف يبقى ممكناً وسهلاً ويشعر المريض حين حدوث الانفعال باللم حاد لا يطول كثيراً الا انه يعود الى التنبه حينما يحاول المريض بسط ساقه . وقد يحدث ان محاولة بسط الساق تدعو القرص الى البروز فيبدو على القسم الامامي الانسي للفاصل المفصلي كأنه تورم صلب القوام يزول حين الانعطاف .

اما زمن بقاء الانفعال فيختلف . فان منه ما لا يظل اكثر من بضع ثوانٍ ويرد في الحال ولا تكون الافة حينئذٍ الا انقراض القرص

أو آفات قسمية لا يغبأ بها . اما الانعقال الحقيقي فينشأ من انخلاع القرص
انخلاعاً ثابتاً لا يعود الا اذا اجريت حر كات مناسبة او استراح المريض
في سريره فارتخت العضلات . ومن الانعقالات ما يصعب رده فيستدعي
الجراحة .

الالم : يتصف الالم بمقره وانتيابه فهو يستقر في نقطة معينة على الفاصل
المفصلي بين حافة الرباط الداغصي (Rotulien) وحافة الرباط الجانبي اي
حذاء القرن الامامي للقرص . وقد يحصل الالم من نفسه او يكون محدثاً
بالضغط وتنشع الاكلام في الانواع الشديدة الى مسافة بعيدة من القخذ
والساق ونشابه الالم العصبي (Névralgie)

وقلما تكون الا لالم دائمة وانما نثاب المريض آونة بعد اخرى وان
ادوار الالم اذا استثنيت الالم الذي يحدث حين الانعقال تبدى فجأة
وتنتهي كذلك كأنها مناسبة لتبدل مقر القرص المنكسر . وقد لا تكفي
الراحة لانهاء التوبة مع انها افضل الوسائط لتخفيف الالم لان القرص
قد يعود الى مكانه الطبيعي حين اجراء احدى الحر كات

استسقاء المفصل المصلي : (Hydarthrose) هو اقل الاعراض ثباتاً
وكثيراً ما يصحبه ألم وهو منقطع كالألم نفسه وان كثيراً من المرضى
لا يضربون الا بانصباب خفيف ولو كان النوع مؤلماً للغاية .

الضمور العضلي : موجود دائماً وتعلق اهميته بإخطار العوارض وكثيراً
ما ترى عدا هذه الاعراض الخاصة بافات الاقراص اعراض أخرى ناشئة
من آفات اضافية كتمزق الربط والاجسام المفصالية السابجة وذات المفصل

لجافة فيترتب على الجراح تمييزها .

الانواع السريرية : تقسم فئتين مناسبتين لآفات بشرية مختلفة :
وتتألف الفئة الاولى من الحالات التي تكون الاعراض فيها واضحة جلية ولا سيما الانتقال المنقطع الذي تخطله فترات سكون وتناسب هذه الفئة النوع الشديد من آفات الاقرص . واما الفئة الثانية فتشتمل على الانواع التي لا انتقال فيها . فهي تناسب آفات قسمية لا تكفي لانخلاع القرص انخلاعاً ثابتاً . وهذه هي الانواع الخفيفة او الخفية لانها تشابه آفات اخرى من آفات الركبة . ويجوز ان تبدل الاعراض في سياق آفة القرص المفصلي فينقلب النوع السريري من جلطة الى حالة . فلنفرض ان الآفة التي اصابته القرص اولاً قد شقته شقاً محدوداً فحصل ألم واستسقاء مصلي ووثاء آت ناكسة وان هذا الشق كان يتسع ويزداد الى ان عاد كاملاً فانخلم القرص انخلاعاً تاماً وانقل المفصل فيكون النوع الخفيف حيثئذ قد انقلب الى نوع شديد النموذجي .

ولكن لاشي قابل للتبدل كبير آفة نصيبه القرص المفصلي واما القاعدة المطردة التي لا تقبل الشواذ فهي ان هذه الآفات لا تشفى ابدًا شفاءً شريحا وهذا ما بين لنا السبب الذي يدعو الى نكس هذه العوارض نكسا شديداً بعد ان يكون قد مرَّ زمن طويل على هجوع الاعراض وسكونها فلا يعود حيثئذ مندوحة عن العملية الجراحية لان العوارض تبقى قابلة للنكس ما لم يستأصل القرص المفصلي

التشخيص : ان الاساس الذي يبنى عليه التشخيص انما هو تاريخ

المرض وتقطع العوارض . اما معاينة العضو المصاب فقلما يستنتج منها نتائج مفيدة هذا اذا استثنينا الألم الذي يستقر في الفاصل المفصلي ويظهر حين الضغط . وتصوير الركبة الكهربائي كالمعاينة لا يفيد شيئاً . ويموز في حالات الشك ان يخزغ المفصل فيستقصى ما فيه .

يصعب التشخيص متى كان المرض حديثاً لان تقطع العوارض وعودتها ووجود فترات السكون تكون مفقودة وهي الاس الذي يبنى عليه التشخيص وان هذا التقطع وحده يكفي في الآفات القديمة لنفي ذات المفصل المزمنة وذات المفصل الرثوية اللتين يلتبس التشخيص بهما كثيراً . فان المريض الذي يؤلمه مفصل واحد ولا تؤلمه في المفصل غير نقطة واحدة لا يسمى مصاباً بالرثية لان القرص متى كان مؤلماً لا تكون الرثية سببه وانما المرض القديم الذي لم ينتبه اليه .

وكذلك القول في مريض مصاب باستسقاء مفصلي يحمله الطبيب يحمل ذات المفصل السلية . فان هذا الداء يسير سيراً مختلفاً عن آفات القرص المفصلي فهو يصاب الركبة ويورمها ويعيدها عجينة ويضخم العقد البلغمية بيد ان آفات القرص تبقى الركبة لينه ولا تكثف المحفظة وعدا ذلك فالاستسقاء المصلي السلي لا يؤلم ويبقى ثابتاً متى وجد دون ان تختل سيره فترات السكون والشفاء التي تميز آفات القرص المفصلي اما ذات المفصل الحلاقية (الافرنجية) فتتصف بازمانها وعدم ألمها ووجودها في الطرفين ولا تشابه الاستسقاء المصلي الناشئ من آفات القرص المفصلي .

المعالجة : لقد اشار بعضهم بالتمرنج والتثبيت . اما التمرنج فلا يفيد الا متى مرخ الطرف دون ان تمرخ الركبة نفسها وهو يقاوم ضمور العضلات و ينجع فيه . اما التثبيت فما الفائدة منه بعد ان ثبت لنا ان الاندمال غير ممكن الحدوث متى شق القرص او انكسر لانه اذا كان التثبيت مفيداً في الكسور فلانه يمكن العظم من الاندمال اما هنا فلا فائدة ترجى منه وانما ضرره محقق لاجدال فيه وهو الضمور العضلي

ان الراحة سيفي الفراش وحدها كافية لتخفيف الألم الذي يعقب الانخلاعات التي ردت . ولكن متى كانت الآفات شديدة تقعد المريض يجب ان يلجأ عاجلاً الى الجراحة اي استخراج القرص (Méniscetomie) وتوجد نقطتان في العملية الجراحية كان الجدال عليها شديداً وهما طريق الوصول الى القرص واستخراجه القسري او التام . ولهذا وجدت طريقتان جراحيتان اولاهما فتح المفصل طويلاً واستئصال قسم من القرص وثانيتهما فتح المفصل عرضاً وقطع الرباط الجانبي واستئصال القرص برمته .

اذا بقي الرباط الجانبي موجوداً لم يكن سبيل لتباعد السطوح المفصالية بعيداً كافياً وروبة القرن الخلفي لان حدة الفخذ تخفيه فاذا كان هذا القرن مصاباً كانت العملية ناقصة لان استئصاله ضروري حينئذ . واذا لم يستأصل ذلك القرن المنكسر كانت كسره سبباً في حصول ذات المفصل الجافة وربما كانت كافية لبقاء العوارض نفسها .

لا ينكر ان حسنات هذه الطريقة اي فتح المفصل طويلاً هي بساطة العملية وسلامة عاقبتها غير ان محاذيرها التي ذكرناها تكفي لجعل فتح

المفصل عرضياً مفضلة عليها .

وتستدعي هذه العملية ترميم الرباط الجانبي الانسي ترميماً متقناً والمفصل في وضعة يكون بها هذا الرباط مرتخياً ويجب تثبيت العضو في الجبس حتى اليوم العاشر حذراً من تمزق الغرز ثم ينزع الجبس ويتبدأ بالنحر بك الطفيف ويسمح للمريض بالمشي في اليوم العشرين ومهما يكن التحسن سريعاً لا يجب ان نعدّ المفصل قد عاد الى حالته الطبيعية قبل مرور ثلاثة اشهر على العملية .

وان ما يؤثر في نتائج العمليات الجراحية انما هو حالة المربعة الروؤس فان بعض المرضى لا تعود عضلتهم الضامرة الى وظيفتها الا بعد مدة طويلة .

ان استئصال القرص بفتح المفصل عرضياً كانت نتائجه حسنة للغاية فهو لم يترك ارتخاءً جانبياً في المفصل ولا آلاماً ثابتة كما في الطريقة الاولى ومحدوره الوحيد طول مدة المعالجة بعد العملية الجراحية فهو العملية المختارة في الآفات القديمة .

اما خزع المفصل طويلاً من الجانب الانسي فمفضل حين يراد استئصال القرص في الرضوض الحديثة ولا سيما متى وجد انصباب دموي وكان لا بد من افراغه . واذا دلّ الاستئصال ان القرص مصاب كان اجراء شق عرضي انما هو للمعالجة امراً سهلاً .

هذا هو مختصر آفات القرصين المفصلين التي دار البحث عليها في المؤتمر الفرنسي الجراحي الخامس والثلاثين .

احفظوا اطفالكم من السل

للحكيم احمد حمدي الخياط استاذ فن الجراثيم وعلم الصحة

من المعلوم ان السل مرض سارٍ معدٍ فتاك ، يحرف عيالات بثامها
ولقد كان الجدري فيما سبق اكثر فتكاً بالعالم من السل بل من سائر
الامراض كافة ولكنه الآن اصبح قليل الانتشار ، حتى انه لم يعد موجوداً
في بعض الامم الراقية التي تعني بتلقيح اطفالها تلقيحاً منتظماً وما من امة في
الارض الا تقدر هذا التلقيح ضد الجدري قدرة وتسعى الى تطبيقه على
اطفالها لعلها الحقيقي أنه يحفظهم من شر ذلك البلاء الذريع . وان التلقيح
عملية بسيطة خفيفة المشقة وكثير منهم يمتنون ان يكون لسائر
الامراض الفتاكة لقاح كلقاح الجدري يتقى به شر انتقال هذه الامراض
اليهم . ولقد تمّ لهم بعض ما يمتنون فوجدت لقاحات الحمى التيفية
(تيفوئيد) ونظيراتها والهيمزة (كولرا) والطاعون وكثير غيرها ولا يزال
اهل الفن دائبين في تحقيق ما بقي للوقاية من الأمراض الاخرى واخيراً
وفق بعض اولئك العلماء الأعلام بعد اعمال سنين عديدة لابتعاد لقاح وافي
من السل وجرب فنجح نجاحاً باهراً في وقاية الأطفال خاصة ، اولئك الذين
كانوا ولم يزالوا يمتنون بسبب العدوى المحققة الأكيّدة متى ولدوا من امهات
مسلولات او كان آباؤهم مسلولين او كان كلا ابويهم او احد الاشخاص
الذين يقطنون معه في منزل واحد مسلولاً فجاء هذا اللقاح بدرأ عنهم خائلة
العدوى والموت وعلى قدر ما يبكر في اجراء هذا التلقيح اي في الايام

العشرة الاولى ، على قدر ذلك تكون الوقاية من السل محققة تامة منيعة ، وتبقى هذه الوقاية سنة او سنة ونصف سنة على الاقل وهي المدة التي يكبر بها الخطر على حياة الولدان واذا اعيد التلقيح بعد هذه السنة كانت المناعة على المرض اقوى واشد .^{١٠} اتينا بهذه المقدمة الموجزة لنعلن لحضرة الزملاء الكرام ان دار الجراثيم في معهدنا الطبي بدمشق مستعدة لتقديم هذه اللقاحات الواقية متى وجه اليها الطلب وانا نرجو منهم ان يكون ذلك باكرآ ما أمكن اي حين ولادة وليد في عيلة يقومون بتطبيب افرادها ويشتهون بوجود السل في احدهم لكي يتم التلقيح في الأيام العشرة الاولى كما سبق ذكره .

وليطمئن الزملاء الكرام والشعب الى ان هذا التلقيح لا يحتاج الى اقل كلفة او عناء فهو علاج بسيط تمزج منه جرعة بقليل من اللبن ويمجرعها الطفل في ملعقة صغيرة فقط ، كما هو مذكور بالتفصيل في التعليمات التي ترسل مع هذا اللقاح وادارة المعهد تلقت انتظار الزملاء الأفاضل ، للوقوف على نجاح هذا التلقيح الباهر وما وصلت اليه اعمال المشتغلين به ، الى المقال المترجم المنشور في الجزء الثامن من مجلة معهدنا الطبي العربي ، لسنها الثالثة تحت عنوان (معلوماتنا الراهنة عن التلقيح ضد السل الصفحة ٤٥٦) او الى المطبوعات الطبية (براس مديكال) لسنة ١٩٢٦ أو الى الجزء الثاني من المجلد الرابعين من مجلة معهد باستور في باريس .

وانا لنرجو لقاء ذلك ، اتماماً للفائدة العملية فقط ، ان يوافينا حضرة الزملاء الكرام بنتيجة عملهم هذا وبما ستكون عليه حال اولئك الاطفال الملقحين مازالوا تحت ملاحظتهم وبذلك يجدهم من الفن ومرضاهم والله لا يضيع اجر المحسنين

الصوت الوظيفي

للمربين والمرپات ، والمغنين والمغنيات والمحامين والخطباء
للحكيم عبد القادر مري استاذ السريرات الاذنية وعلم التشريح



الصوت الوظيفي هو الصوت الذي يتخذه بعض الاشخاص مهنة خاصة كسائر المهن لجمع المال وان الآلة او العضو الذي يولد الصوت وما هو غير الخنجرة تستحق بسبب ذلك ولا سيما في المغنين وصفاً خاصاً وتصبح معرضة لجميع الطوارئ والمؤثرات التي تؤثر فيها ولهذا كان على الاشخاص الذين يحتاجون الى اصواتهم ان يحسنوا استعمال هذا العضو الصوتي ويدراون عنه تلك العوامل السيئة التي تُلغف وظيفته . وقد دعونا مقالنا هذا « الصوت الوظيفي » لكي نتمكن من ايضاح منشأ الاختلال وطبيعته الاصلية وهو مدار بحثنا في هذا المقال لأنه اذا غابت عنا العلامات المرضية ولم نتمكن من ايضاحها او ايجادها في عضو الصوت عدنا في استقرائنا حينئذ الى المهنة التي قد تكون السبب في حدوث الاختلال الطارئ على ذلك العضو .

قصر العلماء منذ القديم في نكبتهم عن ادخال امراض الصوت في دائرة آفات الخنجرة فصنفوا الآفات المذكورة كآفات الالتهابية وداء الافرنج والسل والسرطان دون ان يلتفتوا الى آفات الصوت حتى هذه

السنوات الأخيرة اذ قام بعض الاختصاصيين المشتغلين بامراض الاذن والانف والحنجرة فأعاروا هذه القضية ما تستحقه من الاهتمام بعد ان شاهدوا كثيراً من العوارض المختلفة في المغنين والمغنيات ولا سيما عقب الضجة التي قام بها العلماء أثر مقال الاستاذ اختن (Achten) احد اساتذة مدرسة الآثار النفيسة في بروكسل هذا المقال الذي نشر في اوائل سنة ١٩٢٢ في العدد الاول من جريدة المغنين التي اصدرها الممثل الشهير توما سالينيك (Thomas Salignac) في باريس وقد قال فيه (لانجاح الابداء جمع المعلومات الفنية الخاصة بالغناء) وقد اوضح في مقاله هذا انه اذا لم يكن العلم بحاجة الى الغناء فان الغناء مفتقر دائماً الى العلم والمغنين مفتقرون الى استشارة الاختصاصيين المشتغلين بامراض الاذن والانف والحنجرة والعمل بارشاداتهم العلمية . ويتسم جورج كاثويت الغناء قسمين : آلية الصوت (ميكانيكية) والقسم الخاص بالمهنة التنفسية ويخص منها الغناء .

اما القسم الثاني فلا علاقة له بالعلم وانني اترك امره لاساتذة الغناء الذين يرشدون تلامذتهم ويكيفون اذواقهم وحسياتهم حسبما يشاؤون واما آلية الصوت فلا يقال فيها ما قيل في ذاك لانه اذا كان لاساتذ الغناء وحده الحق بتعليم تلامذته وتهذيبهم فعلى هذا الاستاذ ان يقف بعض الوقوف على كيفية حصول الصوت والتنفس لكي يتمكن من القاء محاضراته بلسان بسيط واضح ، وعلى آلية الشفتين واللسان ليسهل عليه عمله في تعريف الوضع والمفصل .

وعدا ذلك فالأذن هي الوساطة الوحيدة التي يتعلم بها الغناء. وانا نجهز الآن والأسف ملأ أفئدتنا باننا ما من أستاذ ارشد تلاميذه الى فحص اذانهم ومعرفة درجة سلامتها قبل انخرطهم في سلك التلمذة. وثبتت الاحصاءات التي جمعت عن طلاب المدارس ولساننا شك في حقيقتها ان عدداً عديداً من الأذان مخنل سمعها وان بعض اولئك التلاميذ قد عادوا عضواً مشلولاً في الهيئة البشرية وعصباً ثقيلاً عليها فمعاينة الاذنين اذاً واجبة لا مندوحة عنها ولا يكتفى بها في الغالب وانما يترتب على الاختصاصي ان يمين اولاً الفم والخفرتين الانفتحتين وقطعة البلعوم الواقعة وراءهما والخنجرة والرئتين وعليه ان يعاين سمعها التنفسية لكي يقف على حالة هذه الاعضاء وسلامتها قبل استخدامها في العمل.

وعوضاً عن ان يستشير المغنون الاختصاصيين قبل البدء بتعاطي فنهم الخليل نراهم لا ينتبهون الا بعد ان يصيب الصحل اصواتهم والدغدغة حناجرهم وحلقومهم فيأتون في الزمن الاخير بعد ما يكونون قد اضاعوا القسم الكبير من اصواتهم بسبب ارهاق الأوتار الصوتية واصابة الخنجرة بالالتهاب العقدي وما ذلك الا نتيجة الخطيئات الناجمة عن كيفية استعمال الصوت. فيتضح من ذلك انه يجب على كل من يرغب في اتخاذ الغناء مسلكاً له ان يهرع الى الاختصاصي لفحص خنجرتة واعضائه التنفسية قبل البدء بالتعلم لكي تعرف حالة تلك الاعضاء وسلامتها ودرجة مقاومتها ويتعين العمل الذي يتسكون من تحمله فتمى سلمت اعضاؤهم الصوتية والتنفسية وكانت سمعهم التنفسية بين ثلاثة التار وثلاثة التار ونصف التار حتى لهم

ان يتعلموا الغناء دون خوفٍ من تكليف اعضاءهم بهذا العمل غير انه قد يطرأ على بعض من اثبت الفحص سلامتهم فاتخذوا الغناء مسلکاً لهم بعد مدة من الزمن ضعف ينعم عن الغناء فيكون سببه سوء الاستعمال (Mal ménage) او الارهاق (Surménage)

فسوء الاستعمال هو الغلط في كيفية استعمال الصوت . واما الارهاق فهو تحميل عضو الصوت مالا طاقة له به ولكي نقف على ما يصيب عضو الصوت بتأثير تلك الأسباب وفوقاً تماماً يجب ان نعلم بايجاز ما هي الخنجرة وكيفية حصول الصوت فيها ثم نصف بعد ذلك آفات الصوت والطرق المؤدية الى اجتنابها ووجوب المهرع الى الاختصاصي ومداواة هذه الطوارئ قبل استفحالها فنقول .

الخنجرة : هي عضو الصوت والتنفس في آن واحد توجد في القسم المتوسط الأمامي من العنق امام البلعوم وتحت العظم اللامي وهي تتركب من غضاريف وربط. وعضلات والغضاريف منها ثلاثة ففذة ومتوسطة وهي الدرقى والحلقى وغضروف الفلكة (épiglotte) ومنها الغضاريف الطرجالية والقرنية وغضاريف ورزنبرخ واما العضلات فهي احدى عشرة عضلة واحدة ففذة ومتوسطة والاخرى مزوجة تعصبها الشعبة العصبية التي تتألف اليافها من العصب الشوكي والمعروفة بالعصب الراجع الا عضلة واحدة وهي العضلة الحلقية الدرقية فان العصب الخنجري العلوي يعصبها وقد اتفقت اراء اكثر الفسيولوجين والطباء على عد الخنجرة من جهة الوظيفة آلة هوائية صائنة ولما كانت الالات الهوائية الصائنة

تستدعي اربعة اشياء : المزمار المهتز والمنفوخ والتجاويف الصائنة وناقل
الصدى فسنصف في الحنجرة هذه الاشياء واليك بيانها

يتألف المزمار المهتز من الوترين الصوتيين وهما سيران طويلان
يشابه لونهما الالبض الصدفى لون ميناء الاسنان الصافي ثم يمتدان في باطن
الحنجرة مائلين من الامام الى الوراء منذ الزوايا المتداخلة للعضروف الدرقي
حتى الناقى الصوتي لقاعدة العضروف الطرجهالي وروئيتها ممكنة بمنظار
الحنجرة فتبدو اجزائهما المتوسطة حرة لاتصل بشي وهما يهتزان بتأثير مجرى
الهواء الذي يصطدم بهما في الشيق والزفير ويختلف منظرهما حين التصويت
والتنفس فهما يتقاربان في اثناء التصويت فيعود المزمار شقاً بسيطاً امامياً خلفياً
ولكنهما يتباعدان في اثناء التنفس وتكون بينهما فسحة مثلثة قاعدتها في
الوراء وذروتها في الامام .

واما المنفوخ فهو الرئتان فهما عضوا الاستدما والتنفس ينفخان الهواء
في المزمار اذ يمثلان هواءً حين الشيق ثم يفرغانه حين الزفير ويحصل عمل
التنفس بواسطة توسع اقطار الصدر الامامي الخلفي والمعترض والقائم اما
القطر الأمامي الخلفي فيتسع بفعل العضلات الوربية (بين الأضلاع)
العلوية والترقوية ويعرف هذا التنفس (بالتنفس الضلعي العلوي) او
(بالتنفس الصدري الترقوي) ويتسع القطر المعترض بفعل العضلات الوربية
السفلية ويعرف هذا التنفس ايضاً (بالتنفس الضلعي السفلي) ويتسع القطر
القائم بتقلص عضلة الحجاب الحاجز واندفاعها نحو البطن ويعرف هذا التنفس
ايضاً (بالتنفس الحاجزي) . والتنفس الضلعي العلوي خاص بالاناث والتنفس

الضلعي السفلي خاص بالذكور .

وتتألف التجاويف المرئانة من بضعة اجواف توجد على طول امتداد الشجرة الهوائية وهي تجويف الصدر وبطين الخنجرة وجيوب الوجه وتقسم حسب وضعها قسمين: التجاويف المرئانة العلوية والتجاويف المرئانة السفلية وعمل هذه التجاويف تكيف الأصوات وتشديدها ومدداها وتستخدم التجاويف السفلية في الاصوات الشديدة والتجاويف العلوية في الأصوات الخفيفة .

واما نقل الصدى فهو الحدان والشفتان واليدان فاذا اريد اىصال الصدى الى ابعد من الموقع الذي توجد فيه توضع اليدان على الجانبين الأيمن والأيسر للفم كرداء فيمنع انتشار الصوت بواسطتهما الى الجانبين ويسهل سوقه الى الأمام وكان يستعمل الاقدمون الدريئات امام افواههم في القاعات العظيمة لاىصال اصواتهم الى المواقع البعيدة وهذا ما يدل على انهم باستعمالهم للدريئة كانوا يستغنون عن الاستعانة بأيديهم .

فيتضح من هذه المعلومات جميعها ان الصوت يحصل من اهتزاز الاوتار الصوتية بتأثير اصطدامها بالهواء الواصل اليها من الرئتين ثم يزداد الارنان بتأثير انعكاس الموجات الصوتية على جدران التجاويف المرئانة فكل خلل يحصل في احد هذه الاعضاء ينجم عنه صحل في الصوت وخلل فيه

تقسم الآفات الصوتية في المغنين اذا نظرنا الى اسبابها ثلاث فئات
(١) عسرة الصوت المزمنة الناتجة من الشكل الخاد (٢) العاهة الصوتية الناجمة عن الارهاق (٣) العاهة الصوتية الناجمة عن سوء الاستعمال

١ - عسرة الصوت المزمنة الناتجة من الشكل الحاد : يرجع سبب انقلاب الآفة الصوتية من شكلها الحاد للشكل المزمن الى امرين اولهما بقاء التتحة الموجودة في الأوتار الصوتية حين اصابتها بالتهاب حاد وذلك بسبب اجبار الحنجرة على العمل الدائم فعوضاً عن ان يريح المريض اوتاره الصوتية بضعة ايام يثابر على الغائها فيؤخر شفاؤها والثاني تكرار السبب المحدث للاختلال ففي كلتا الحالتين تتصلب البطانة المخاطية للأوتار الصوتية اكثر من سواها وان تكرر الهجمات وبقاء الآفة في المريض مدة طويلة كل ذلك يسبب امتداد الآفة الى العضلات الموجودة تحت البطانة المذكورة فتتلاشى خاصة التقلص في العضلات ويزداد اختلال الصوت وخامة واذا نظر الى الوترين الصوتيين بمرآة الحنجرة ظهر ان لونهما ابيض وسخ وان حوافهما الانسية مستديرة تسترهما اوعية دموية دقيقة وطويلة وربما كان تبغ (Congestion) الوتر الصوتي خفيفاً بل ربما بدت على سطحه اتلام وشقوق طويلة خيلت للناظر اليه انه مزدوج . وهذه الحالة هي اشد الحالات إخطاراً لان وجود هذه الشقوق والاتلام علامات لا مراء فيها دالة على امتداد الالتهاب الى العضلات الموجودة تحت البطانة المخاطية وعلى وجود الندبات بين العضلات والبطانة وان بقاء الآفة منحصرة في البطانة المخاطية يمكن الموسيقي من تنويع الالخان والاتقال من نعم الى آخر انتقالاً بكاد يكون واضحاً واما امتداد الالتهاب الى العضلة الدرقية الطرجالية فيرخي الوترين الصوتيين فينخفض الصوت وبيع ويعود المريض الى الوترين (المزمار) ضيقاً ان لم نقل مشدوداً وتفقدا الاصوات الحادة

٢ - عسرة الصوت الناتجة من الارهاق : هي ان الحنجرة تصاب لانها تعمل دون ان تأخذ قسطها من الراحة او لانها تقوم بعمل لا يناسب تركيبها التشريحي . ولا عجب فكيف تقوى حنجرة صغيرة ان تحمل متفاحاً كبيراً ؟ وكيف يستعمل منفاخ لا يصلح للعمل كما هي الحالة في الأشخاص المصابين بعدم الكفاية التنفسية ؟ ومع هذا كله فلا يمكننا ان نعد فكرة الارهاق في المغنين حسب معناه الحقيقي السبب الاساسي في مرض الحنجرة (كارلو بيساجي) لان مهنة الغناء ليست كسائر المهن فالمغني يتمكن من ان يجد لنفسه متسعاً من الوقت تأخذ الحنجرة فيه قسطاً من الراحة فمتى يكون العمل اذن مضرراً بآلة الصوت ؟ جواباً عن ذلك نقول يقع ذلك متى تعدت الحنجرة بعملها حدود القوانين والأنظمة الفسيولوجية لأنه اذ هو روعيت في إبداء الصوت الشروط الضرورية واجرت الاعضاء الصوتية وظائفها حسناً دون ارهاق وكانت الحالة العامة جيدة لم يكن الغناء ولا التكلم سبباً في حدوث الافات فان المغني الذي يحفظ هذه القواعد لا يحتاج الى طبيب ولكنه يحتاج اليه متى لم يراع في غنائه قواعد الفن .

وبما ان المغنين لا يراعون في الغالب هذه القواعد المذكورة فانهم يرهقون حناجرهم ويعرضونها لآفات خطيرة .

واذا دققنا في حناجير هؤلاء المرضى شاعلنا تارة في الحالات الخفيفة الحديثة العهد اختلالاً في الحركة وطوراً تقيراً في البطانة المخاطية فينتقرب احد الوترين الصوتيين من الآخر حين يخرج الكلمات ولكنها

يرتخيات حينما يتنوع الصوت فتخرج من المزمار حينئذ نفخة هوائية يصحبها زفير خشن عوضاً عن الصوت وإذا تكلم المريض بصوت حاد ومتقطع بدا عدم التطابق في الحركة وعاد الصوت. ذا الحنين في الغالب وأما في الحالات القديمة العهد فيكون الوتران الصوتيان ضاربين الى الالبيضاوي ويحتويان ازاء الثلث الامامي من حافتها المطلقة على تكشف عقدي ابض اللون كالصندف يابن بلونه لون الوتر المذكور واذا لم توجد هذه العقيدات يوجه الطبيب حينئذ نظره الى المنقح الامامي للحنجرة والوجه البطني للوتر الصوتي حيث تستقر المرجلات (Polypes) الصغيرة وهذا يوضح لنا كيفية حصول عسرة الصوت وبما ان استقصاء هذه المواقع لا يتخلو من الصعوبة فان كشف هذه الافات يحتاج الى مهارة في المعاينة واما معالجة هذه الحالات فجراحية بحتة . وكل هذا ينجم كما ذكرناه عن تحميل الحنجرة بالاطاقة لها به من الالخان لأن كل نشيد لا يناسب لحنه قوة الحنجرة .
يوقع خللاً في مجموعتها العصبية العضلية او في بطانة الوتر الصوتي المخاطية وقد يتسأل القارئ عما هو ذلك العمل الذي لا يناسب مقدرة العضو الصائت وعن الفرق الموجود بينه وبين العمل المرهق ؟

فيجب عن ذلك : ان للعضوية جمعاء ولكل عضو ايضاً طريقة خاصة في فعله المنعكس ازاء الاسباب المرضية والعوامل الفسيولوجية . لا تسلب منه وتوجد ايضاً بين العضو وعمله روابط اخرى تكون بمثابة منبه اساسي له فليس بطاقة عضو الصوت ان يخرج عن واجباته الفسيولوجية ولا بمقدوره ان يقوم بعمل ولا يسمح له به بتركيبه التشريحي سواء أقل هذا العمل او أكثر .

فلنضرب مثلاً على ذلك: فلو انشد احد المغنين نشيداً ألغبه منه طول مدة الانشاد لزال ذلك التعب بعد ان تأخذ حنجرة قسطها من الراحة ولعاد حنجوره الى حالته الطبيعية لان ذلك النشيد لم يخرج فيه المغني عن حد طاقة حنجرة ولنفرض الآن ان الطيش حداً بذلك المغني الى تجاوز ذلك الحد فانشد لنا يستدعي من العمل ما لا يناسب تركيب حنجرة التشربجي فانه يعرض ذلك العضو اللطيف حينئذ للوقوع في هوة المرض ولا ينف الخطر عند هذا الحد فقط ولكنه يتعداه الى مسائل اخرى لان لكل منشد نسقاً واسلوباً خاصين في ترتيب الانغام واتباعها وجعلها شجية تعادها حنجرة فتتظم حركاتها طبقاً لها دون ان تتمكن من الانحراف عنها وقليلون هم الموسيقيون الذين يحترمون طاقة اعضاءهم الصوتية . فيتضح مما سبق ذكره ان اختلال الصوت الوظيفي الذي نسب الى كثرة العمل ليس ناجماً الا عن الأعمال التي لا تناسب طاقة العضو الضائت .

« للبحث ثمة »



الاعتلان الجبهي

للحكيم شوكة الشطي استاذ التشريح المرضي وفن الأنسجة وتكون الجنين



ان آراء المولدين متضاربة في هذا الاعتلان فمنهم من لا يعترف به ويدعي انه نوع من الاعتلان القمي او الوجهي ومنهم من يقول باستقلال هذا الاعتلان وبوقوع الولادة به طبقاً لآلية خاصة .

ومن دعاة هذا الاعتلان السيدة لاشابل والاساتذه شواب وفابر وبودن وابرهيم الساطي الذين شاهدوا في بعض الولادات ان الجبهة كانت القسم الاكثر بروزاً في الاعضاء التناسلية حين الولادة وانها كانت تشغل مركز التقعر الحوضي وتخرج قبل سواها تحت العانة وان الرأس كان يخرج باقطاره الانفية البرغماوية والانفية القفوية . . . الخ اذا عد جذر الانف والاقواس الحجاجية نقاط استكشاف للاعتلان الجبهي كما يقول بذلك بلان .

ان هذه المشاهدات هي الحجج التي يقدمها القائلون باستقلال الاعتلان الجبهي على ان الرأس قد لا يكون وضعه على وتيرة واحدة في الولادات بالاعتلالات الجبهية المختلفة ولا في ازمنة الولادة المختلفة في الانثى نفسها ويدلنا على ذلك دلالة صريحة اختلاف المؤلفين القائلين باستقلال

الاعتلان الجبهي وبعدهم اعتلانا خاصاً وتضارب آرائهم في الناحية التي تشغل مركز الاعتلان فمنهم من يقول بأن مركز هذا الاعتلان هو اليافوخ الكبير ومنهم من يقول بأنه الجبهة .

وقد درس هذا الامر بولوسون ودقق في آلية تداخل الرأس في الاعتلان الجبهي فاثبت ان مانجيا غالي وده فاس وبلان مخطئون باعترافهم بنزول القطر القفوي الذقني مائلاً وبصيرورة النهاية الذقنية في الاسفل اي ان الذقن يعود اكثر انخفاضاً من القفا ، ولو كان الامر كذلك لما امكن خروج الرأس في الجبهة ما لم يمل القطر القفوي الذقني في التقعير الامر الذي لا يمكن حدوثه في الاحوال العادية فاذا اقررنا بالنزول على هذه الصورة لم يعد من حاجة الى تفريق الاعتلانات الجبئية عن الوجئية وقد جدد بولوسون في ان يثبت ان القطر الذقني القفوي الاعظم يتداخل مائلاً في التقعير تداخلاً تكون به النهاية القفوية لهذا القطر نازلة قبل نهايته الذقنية .

ومن بعض حجج القائلين بعدم استقلال الاعتلان الجبهي وبانه نوع من اعتلان قبي او وجهي لم يتم فيه الزمن الاول اي التصغير اعني لم يثنى به رأس الجنين كل الانثناء او لم ينسط تمام الانبساط قلت ومن بعض حججهم ان تحول الاعتلانات من جبهي الى قبي حتى في التقعير الحوضي ليس مستحيلاً اذا دققنا في الامر تدقيقاً آلياً ولكن الامر الذي يعيق الرأس عن ذلك هو التحولات الشكلية التي تغير مساحة بعض اقطار الجنين ويكون هذا التغير في اغلب الاحيان حسب الصورة الآتية يقترب الذقن من القفا

ويصبح قطبا الرأس، الجبهة وتحت القفا بدلاً من الذقن والقفا .
 ان ما ذكرناه قد حدا بعض المؤلفين (تارنيه وريسون دوسني
 ولوباج) الى عد الاعتلان الجبهي نوعاً من اعتلان في اوجهي .
 وقد حملنا على ذكر هذا البحث ما شاهدناه في اثني دخلت شعبة
 السريرات الولادية في مستشفىنا ولدى معاينتها وجدنا ان الحولاء
 (جيب الماء) قد شقت وان الجنين معتل بجبهته ومتداخل على هذه
 الصورة : شعرنا بالملس المهلي بحدة دموية كبيرة سائرة للدرز بين الجبهيين
 اغمضت التشخيص علينا حتى اننا كدنا نحكم في بادئ الأمر باعتلان في
 اختل احد ازمته ولكننا لم نلبث ان نتحققا بعد اجراء مس يدوي واسع
 ان البافوخ الخلفي غير محسوس وان الوصول اليه غير ممكن وقد شعرنا من
 الجهة المقابلة بالاقسام العلوية للوجه . ولم نتوصل الى الشعور بالقف والذقن .
 فقدم الشعور (باللامدا) جعلنا نثني الاعتلان القمي وعدم الشعور بالذقن
 جعلنا نثني الاعتلان الوجهي . الا اننا شاهدنا هنا امراً خاصاً وهو تبدل
 مقر الناحية البارزة من الاعتلان فان الجبهة كانت تقارب وتباعد عن
 مركز التعبير الحوضي . وقد اختل في الاثني الزمن الثالث للولادة ونعني
 به الدور الداخلي للرأس فان الجبهة وقفت في الوضعة المعترضة اليسرى
 بعد ان كانت في الوضعة الحرقفية اليسرى الخلفية ولم يتم تدورها الى الامام
 لتنطبق على ما نجت للعانة ومرت ساعتان على الجبهة وهي في الوضعة
 الحرقفية المعترضة دون ان تدور الى الامام على الرغم من شدة تقلصات رحم
 الوالدة . وكنّا نصني في اثناء ذلك الى قلب الجنين ونراقب حاله والوالدة ونحاضها

متأهبين للاسعاف بتطبيق ملقط الجنين اذا مست الحاجة وقد طرأ ما كنا نتوقعه لأن دقائق قلب الجنين اخذت بالضعف وقص عددها واستخدمنا ملقط الجنين. واتمنا الزمن الثالث بجرّ الجبهة الى ما تجبّ العانة وخرجنا الرأس والجذع فأبى الوليد وعليه سمات الموت الظاهرة فأسعف بالوسائط فانتعش ثم اخرجت الملحقات وقد لاحظنا ان السخذ كان كبيراً جداً وعرضياً النتائج - أولاً يعدّ القائلون بعدم استقلال الاعتلان الجبهي مشاهدتنا

هذه حجة تضاف الى حججهم

٢- ان الولادة بالاعتلان الجبهي عسيرة ويجب على المولود في مثل هذه الجوادث التي تكون بها الجبهة متداخلة والحولاء منشقة والعنق متمسكاً بالجد في اخراج الجنين بالملقط واذا لم يوفق لذلك فعليه ان يخرج وصل العانة او العانة متى كان الجنين حياً واما اذا كان ميتاً فعليه ان يفتته انقواءً للتشقق العجان واما اذا كان الجنين غير متداخل والحولاء غير منشقة او منشقة ولكن النخبط (Liq. amniotique) لا يزال كافياً لاجراء عمليات ولادية فيجب ان يسعى الى تحويل الاعتلان الى قبي او وجهي واذا استحال ذلك يجب ان يحوله الى اعتلان مقعدي (النوع القديبي حسب طريقة براكتستون. هيك) يعد توسيع عنق الرحم اذا كان لا يكفي اتساعه

٣- ان تطبيق ملقط الجنين في هذه الولادة صعب جداً

٤- قد يكون السخذ (Placenta) العرضي سبباً في الاعتلالات المعيبة

قد اثبتنا مشاهدتنا هذه لا لدعم اراء القائلين بعدم استقلال الاعتلان الجبهي او باستقلاله بل لما فيها من الفائدة نظراً الى ندرتها .

صحة الطفل

للحكيم احمد حمدي الخياط استاذ فن الجراثيم وعلم الصحة

التربية

يبدأ التربية الحقة منذ الولادة . فالطفل منذ ما يعني ما خوله، يبدأ باحساس ما تصادفه حواسه بتدريجاً فيبقى لكل من هذه الاحساسات اثر يدخر في الذاكرة وتتكون هذه الاثار المدخرة في الذاكرة مصدراً لافكاره واعماله فيما بعد ، وما هذه المظواهر في الانسان الا اثر فعل غصبي يصدر من الخلية الدماغية المنفعلة من احساس او ادراك . واول ما يكتسبه الطفل مما حوله بعض صور حسنة تأتيه من طريق الحواس ، تثبت الذاكرة لتكون اساساً لادراك الاشياء ومعرفتها

يسمع الطفل صوت والدته مثلاً فيثبت ذلك في ذاكرته ويراهها فترسم في ذهنه ، ثم لا يلبث بعد ذلك ان يستأنس بصوت والدته وان لم ير صورتها وما ذلك الا ان لديه في ذاكرته صوتها وصورتها وكل ما يدله عليها ويكفيه انفعال احد هذه الاقسام حتى يتخيل والدته بتمامها اي بصوتها وصورتها ورائحتها ولمسها بما عنده من قوة الاشتراك او الاتصال بين هذه الآثار كلها في ذهنه .

والطفل منذ يبدأ بالحركة الارادية يبدأ بالتقليد ونحاكاة ما يجري

امامه ومن هذا الطريق يكتسب اعماله كلها وبهذا التقليد وتكريره يرسخ العمل فيغدو عادة . ويكون عمله الاول (التقليد) بادراك وتصميم اما عمله الثاني (العادة) فقلما يكون للادراك والتصميم دخل فيه كالشيء مثلاً يرى الطفل من يمشي امامه فيحفظ منه حر كاته في المشي ثم يبدأ بتقليدها فيخطئ ثم يعيد الكرة ولا يزال يدأب ويحرب حتى يتقن ذلك العمل فيخطو اخيراً خطى منتظمة حينما يرسخ هذا العمل فيه ثم يصبح عادة اي بدرج ويمشي دون ان يفكر بعمله هذا اي يجريه دون تصميم بجميع حر كاته كما كان يفعل في اول امره . وقس عليه سائر الافعال التي يجريها في حياته اي ان كل عمل فيه يبدأ بالتقليد والتصميم وتكراره يعتاده فيجريه دون تصميم او علم

وليس هذا في الافعال البدنية فقط بل في المظاهر العقلية ايضاً . فالملاحظة والشفقة وما شابه تجعل في الطفل بسهولة كلما كرر ذلك مراراً (حتى يتوصل من عملها على علم الى عملها على غير علم منه) كما يقول غوستاف لوبون ، فتصبح فيه عادة . ومن ذلك نقدر ما للعادات من عظيم الأثر في الأخلاق سيما اذا استأصلت وغدت ارثاً ينتقل من جيل الى آخر .

وبعد معرفتنا ما للاعتياد من الأثر الهام في التربية ومعرفة الطريق التي تؤدي الى هذا الاعتياد وهو التقليد ، ندرك بسهولة ما يجب على المربين اذن من ايجاد امثلة حسنة ، لتقدي بها الطفل كما ندرك ضرورة التربية منذ ما يبدأ الرضيع بإحساس الأشياء او على الأقل منذ يبدأ بإظهار الحركات الارادية ولا يكون ذلك بعد الولادة بكثير ، لذلك فلا نكون

مبايعين اذا قلنا ان التربية تبدأ منذ الولادة .

اما الارث فليس لنا ان ننكر تأثيره العظيم في الاخلاق والاعمال غير ان الامر الذي لا شك فيه ايضاً ان للتربية أثراً أعظم في تشكيل الاخلاق فالبررة مثلاً معها حسن اصلها فالتربية التي تقع فيها والاعتناء بها وتعهدها بما يلزم تأثير لا ينكر في جمال تلك البنية وجودتها . فالطفل الذي يولد فظلاً شريراً ، مثلاً لأسباب ما ، قد يمكن بالتربية اصلاح ذلك فيه وان كان من الامور الصعبة ، فيما لو اعتنى به بمنه ما يبصر النور وكانت امامه امثلة حسنة دائماً يقتدي بها ولا ينكر ان الحال اسهل بكثير حينما يكون الاصل فيه طيباً اي حينما يوجد بحالة اخلاقية حسنة يرثها من ابويه . كما ان الامر على العكس فيما اذا ولد الطفل من جيلة طيبة والقي في بيئة غير صالحة ، فهل يمنع اصله مما جاد ، عن الاقتداء بالامثلة التي يراها امامه والطفل دأبه التقليد ؟

وعليه فالارث اثر في الشخص وللترية اثرها فوق ذلك وقد يبقى الخلق الموروث كامناً حتى تظهره التربية مستفيدة من اظهاره . وقد يكون اخفاؤه افضل فتسنى الى ذلك ايضاً . والخلاصة فحسن الامثلة هي القاعدة في التربية والطفل الذي يكون في بيئة فاسدة شريرة كذابة الخ لا يكون إلا كذلك ، وهكذا اذا كانت البيئة صالحة فلا يكون الطفل إلا صالحاً هذا مع العلم بما للارث من التأثير الكبير في الامر . وخير ما قيل في تعريف الخلق انه نتيجة تزاوج الطبائع النفسية (الموروثة) والعوامل الخارجية . فالارث والعوامل الخارجية هي اسس الاخلاق الحقيقية وبمقدار صلاحهما

تصلح الاخلاق والعكس بالعكس فاما الارث فليس هنا بحثه لانه يتعلق بحسن انتخاب الزوج وطرز معيشته الخ . فنترك البحث فيه لحينه .
اما تأثير العوامل الخارجية فهو منا نريد عطف النظر اليه باختصار لما نعلم من تأثيره في الاخلاق واساس التربية .

والعوامل الخارجية كثيرة أهمها : البيئة وهي الحال والمكان اللذان يعيش فيهما الشخص وهي عبارة عن الاسرة والمدرسة والمجتمع .
فالاسرة هي البيئة الاولى التي يوجد فيها الطفل ومنها يكتسب كثيراً من اخلاقه . ولم يكن تأثير هذه الاخلاق المكتسبة في الاسرة خاصة بالغا لانها قلما تجد ما يعارضها في الحس والادراك ، لهذا تكون كما يقولون عنها انها كالنقش في الحجر

والقصد من ذلك انه اذا اردنا ان يكون الطفل على جانب عظيم من الاخلاق الفاضلة فلا فائدة مطلقاً من قولنا له : لا تكذب ، لا تسرق ، لا تداخن ، الخ او افعل كذا او كذا من الافعال الكريمة ، لان الطفل في بدء نشأته ، وفي طفولته هذه لا يكون للمحاكمة والحكم اثر فيه لذلك يستفيد من النصائح بالالفاظ التي تلقى عليه معها حسنت اذ لا يمكنه ان يستنتج منها النتائج المطلوبة . بل على المربي ان يفعل ' وما اسهل تقليد الافعال على الطفل ! فلا يقول امامه الا الصدق اذا اراد منه ألا يكذب وان يفعل امامه كل مكرمة ويمتنع كل رذيلة يكره ان يشب عليها الطفل او ان تظهر فيه فيما بعد . ويجب ان يكون ذلك باكرآ اي منذ ما يبدأ الطفل باظهار الحركات الارادية لان ما يرسخ في الطفل من العادات

صغيراً قلماً نفيد فيه التربية اذا شب عليه . والعادة من اهم دعائم الاخلاق كما مر .

ويستنتج مما تقدم ان وظيفة المربي وظيفه دقيقة جداً وشاقه معاً ويجب ان تبدأ التربية قبل ان تظهر الحركات الارادية في الطفل وتنحصر حينئذ ، في حماية الحواس من ان يصل اليها شيء غير محمود الاثر في الذاكرة وان يساعد الطفل على غو الذهن او الذاكرة فيه وان ينشط فعل الاشتراك بتدريسه بمختلف الأمثلة وبتنوع التجارب التي تنبه ذلك النشاط .

ومنذ ما يبدأ الطفل باظهار الحركات الارادية ويبدأ بالتقليد ينبغي الاعتناء بحسن الامثولة في تعليمه المشي والاشارات وما يشبه ذلك والخلاصة فدستور التربية هو ايجاد قدوة حسنة يقلدها الطفل حسب فطرته الطبيعية ثم السعي الى رموخ هذا التقليد الحسن حتى يصبح عادة واذا ظهر من اخلاقه الموروثة ما هو غير لائق يجتهد في تعديله واصلاحه بالتعويد الحسن ايضاً .

وخير مثال لذلك النطق والتكلم :

التكلم : بناء على ما مر ذكره يعلم الطفل التكلم بتقليده من يتكلم امامه بعد معرفة مدلول الكلمات . وذلك باظهار اصوات وحروف تدل على قصده فيما يريد الاشارة اليه

وحيث ان التكلم عمل تقليدي كسائر الاعمال فعلى المربي ان يحسن الامثولة امام الطفل الذي يبدأ بالتكلم وان يصلح له ما اعوج من الحروف والكلمات حسب طاقته . ثلثا يعتاد ذلك العوج كما يحدث في كثير من

ابناء اللثغ مثلاً . وعليه ان يحترس كل الاحتراس من تشجيعه على عوج الكلمات المفلوطة باستحسانها او تقليده بتلفظها المعوج ايضاً لان ذلك مما يؤخر فيه اتقان التكلم وتلفظ الحروف صحيحة . كما انه يجب الاحتراس من استهجان كلمات الطفل المفلوطة في بدء تكلمه ؛ استهجانا يقل رغبة الطفل في هذا التقليد فيسبب بذلك نقاعس الطفل عن اتمام ذلك في حينه بل عليه ان يتجاهل بحكمة ، ويظهر له عدم فهمه هذه الكلمة المفلوطة او الحرف المعوج ليقوم اعوجاج ذلك من نفسه .

والحذر كل الحذر من الشتائم والسباب او ان يستخسها منه ان سمعها وتلفظ بها . فيكون بذلك مشجعاً له على الاسترسال فيها وهذا مما لا يتفق وحسن التربية في شيء . والله الموفق

✽ بلوغ مبسر ✽

قدم دونوا لجمعية الجراحة والطب في ليل ابنة عمرها ست سنوات يعادل نمو جسد ها جسد ابنة عمرها خمس عشرة سنة وقد حاضت حين كان عمرها خمس سنوات واربع اشهر ولا يزال طمثها منتظماً منذ ذلك التاريخ وعدا ذلك فان الصفات التناسلية الاخرى موجودة فيها

الهيمولينات او المواد الهيمولية « ٥ »

للاستاذ الكيماوي عبد الوهاب القنواقي

١٢ - ان محلول حامض الحثل المثلث الكلور (أميد تري كلورو
آسيتيك) بالمائة ٢ او ٥ او ١٠ يرسب المواد الآحينية من محاليلها ويكون
الترسب تاماً في أكثر الأحيان

تنبيه ٠ - نعم ان الكواشف المرسبة العامة المتقدمة، ترسب المواد الآحينية
من محاليلها ٠ ولكن لا يجب ان يحكم بوجود المواد الآحينية في المحلول بمجرد ترسبها
بكاشف واحد او بأكثر من كاشف منها، لان هذه الكواشف لا ترسب المواد
النظيرة الآحينية وحدها وليست خاصة بها ٠ وزيادة على ذلك فليست جميعها قابلة
للتطبيق على جميع المحاليل على السواء فيجب والحالة هذه حسن الانتخاب جيداً
مثال ذلك :

لا يصلح استعمال الكحول للموائع الحاوية على مواد ترسب به
ككبريتات الفلويات عموماً، ولا يصلح استعمال حامضي فوسفوتونوغوستيك
او فوسفوموليبداتيك للمحاليل الحاوية على الاملاح النشادرية؛ لجهول
فوسفوموليبدات النشادر، وفوسفوتونوغوستات النشادر غير المنحلين ٠

ولا يصلح استعمال حامض الميتركريك للمحاليل الحاوية على الاملاح
النشادرية ولا على كره آتين او حامض البول من الاجسام التي ترسب به ٠ الخ ٠

ب . - تجثر المواد النظيرة الآحينية

(Coagulation)

إن المواد النظيرة الآحينية الطبيعية تتخثر . ما هو التخثر ، وما هي المادة المتخثرة ، وهل يوجد فرق بين التخثر والترسب في المواد النظيرة الآحينية الطبيعية ؟

نأتي بالأشئلة الآتية أيضاً لهذه الأشئلة المتقدمة :

لوهيئنا محلولاً من آح البيض في الماء ، ثم أضفنا إلى حجم منه بضعة أمثاله من محلول كبريتاة النشادر المشبع ، لحصل فيه راسب ابيض ندي . فاذا فصلنا هذا الراسب بالترشيح أمكن حله ثانية في الماء للمقطر . ويتصف محلوله الجديد بجميع صفات محلول آح البيض نفسه .

فيقال حينئذٍ : إن آح البيض يرمب من محلوله بكبريتاة النشادر .

بالعكس لو سخن محلول آح البيض نفسه على حرارة ما بين (٨٠ -

١٠٠) لحصل فيه راسب ابيض ندي أيضاً ولكن لو فصلت هذه الخثرة

الناجمة من المحلول الحاصلة فيه لما أمكن حلها مرة ثانية في الماء المقطر .

فيقال حينئذٍ إن آح البيض تخثر بالحرارة .

فالترسب اذن . تغير بسيط في الحالة الحكبكية ، لأن المادة الزاسبة تصبح

غير منحلة بعد ان كانت منحلة ليس تغير ، ولما التخثر فهو تغير في الحالة وفي

الخواص والصفات وفي الوقت نفسه وخصوصاً هو تغير عميق في البنية

الكيميائية .

وكذلك حينما يضاف الى محلول آح البيض كمية كافية من الكحول، يظهر في المحلول راسب ندي، فاذا فصل ذلك الراسب بالترشيح عقب حصوله ثم وضع بين ورقتي ترشيح جافتين لازالة القسم الاكبر من المائع الكحولي الذي يصاحبه لا يمكن حله في الماء مرة ثانية والحصول على محلول منه تشابه صفاته صفات المحلول الاول جميعها . فالكحول اذا يرسب آح البيض من محلوله .

ولكن لو ترك الراسب الحاصل بإضافة الكحول مدة طويلة (اياماً او اسابيع) لاصبح الراسب غير منحل . ثانية في الماء اي لتخثر الآح بعد طول الماسة .

يستنتج من ذلك ان الكحول التي ترسب المواد الاحينية تخثرها بعد طول الماسة .

المواد النظيرة الاحينية الطبيعية هي مواد قابلة للتخثر بالحرارة فاذا عرض محلول مادة شبه آحينية طبيعية للحرارة ظهر فيه تعكر يزداد حتي يصبح ندياً . وتكثر هذه الخثرة كلما زادت الحرارة

اما حرارة التخثر فتختلف باختلاف المادة النظيرة الاحينية لأن كل واحدة منها تخثر بدرجة معينة ثابتة خاصة، كما سيأتي بيان ذلك .

لا يكون التخثر تاماً في غالب الاحيان وذلك اذا كانت البيئة معتدلة ولو تجاوزت الحرارة حدودها ؛ لكنه يكون تاماً في البيئ الحامضة ولذلك يحمض المحلول قبل تسخينه تحميضاً خفيفاً بإحمض الخل (فيضاف اليه زهاء ١ - ٢ بالمائة من حامض الخل)

ج - تقسيم المواد النظرية الأحيائية الطبيعية

للمواد النظرية الأحيائية الطبيعية صنفان :

١ - صنف الألبومينات Albumines

٢ - صنف الكريينات Globulines

لنمايز افراد هذين الصنفين بالآوصاف الآتية :

فالآحيينات تنحل في الماء المقطر ، وفي محاليل الأملاح المعتدلة القلوية والقلوية الترابية الخفيفة كمحلول كلورور الصوديوم وكبريتاة الصوديوم وكبريتاة المانيزا واحد بالمائة .

وتنحل في محاليل القلويات الكاوية الخفيفة واحد بالالف ويمكن تخفيف محاليلها الملحية ووضعها مدة طويلة في آلة التحال من غير ان ترسب . ويمكن امرار تيار من غاز بلا ماء الفحم في محاليل القلوية حتى الاشباع بدون ان ترسب ايضاً .

لا ترسب محاليل الآحيينات بجامض الخل ، كما انها لا ترسب في الحرارة الاعتيادية (١٥ - ٢٠) بكلورور الصوديوم ولا بكبريتاة المانيزا ولو اذيبا فيها حتى الاشباع ولكنها ترسب بتلك الاملاح اذا كانت محمضة بجامض الخل بصورة ظاهرة واحد بالمائة مثلاً .

الكريينات . - لا تنحل في الماء المقطر . بل تنحل في محاليل الاملاح المعتدلة القلوية او القلوية الترابية المتقدمة واحد بالمائة مثلاً وتنحل في محاليل القلويات الخفيفة واحد بالالف مثلاً .

ترسب محاليلها الملحية بعض الرسوب بتخفيفها باضافة الماء المقطر اليها

وبوضعها مدة في آلة التحال بوجود الماء المقطر لأن التخفيف بالماء المقطر ينقص كمية الملح المذاب أي الذي كان سبباً لحلها والتحال يذفقه لزوره من الرق كما هو معلوم

وترسب محاليلها القلوية بمحض الرسوب بعد التخميد واهمرار تيار من حامض الفحم حتى الاشباع .

وترسب بعض الرسوب بمحاض الحلق المسددة (واحدة بالآلاف الى واحد بالمائة) والراسب ينحل في حمض الحلق المقابل للتجمد ويرسب بعضها بعض الرسوب ويرسب البعض الآخر رسوباً كلياً بـ كلورور الصوديوم اذا اذيب فيها حتى الاشباع في الحرارة الاعتيادية . وترسب رسوباً كلياً بـ كلورور المائي اذا اذيت فيها حتى الاشباع في الدرجة الاعتيادية من الحرارة والاحسن في ٣٠° ولا لزوم لتعويضها بمحاض الحلق في هذا الترسب .

تمتاز عيلة الحيوين (Vitelline) في صنف الكريينات بعد رسوبها بـ كلورور الصوديوم اذا اذيب فيها حتى الاشباع في الحرارة الاعتيادية . ولذلك لا نحتاج الى فصل الحيويات عن صنف الكريينات وجعلها صنفاً مستقلاً بمجرد مخالفتها للصفة المتقدمة . فالحيوين كـ يوتين على كل حال ولكن يكون لنا الحق الصريح بفصل الكريينات عن الاحينات ، ليس لامتيازهما بصفات الانحلال والترسيب من الصفات الطبيعية فنسب بل لان العلماء لم يتمكنوا من تكوين الواحد من الآخر وقلبه اليه .

يجدر بنا ان نذكر الخاصية الآتية وهي : ان الكريينات تعطي بين محاصيلها

تأثير عوامل الاماهة، الفراء الخلو (غليكو كول (Glycocolle) الذي لا نجد له اثرًا بين محاصيل الاتحينات بعد الاماهة نفسها مما يدل على اختلافهما اختلافًا كبيرًا في البنية والتركيب .

تطبيقات . - ١ - هل يمكن معرفة المادّة النظيرة الآحينية الطبيعية القابلة للتخثر ان كانت آحينًا او كزيتًا ؟

نعم يمكن بسهولة وذلك : اذا كان المحلول لا يرسب بعد التمديد بالماء ولا بالتحال ولا بالتحميض بحامض الخل ولا بالاشباع بكبريتات المانيزا ، فالمادّة المنحلة آحين .

وبالعكس اذا كان المحلول يرسب بالتمديد او بالتحال او بإضافة حامض الخل او بالاشباع بكبريتات المانيزا فالمادّة كزيت .

٢ - هل يمكن فصل الآحين عن الكزيتين نقيًا اذا كانا مختلطين في محلول واحد ؟

نعم يمكن وذلك بوضع المحلول في آلة التحال او بتمديده بمشترط امثاله او بضعفها بالماء المقطر ، او بتحميضه بحامض الخل ، او باشباعه بكبريتات المانيزا ، فالراسب هو كزيت فقط من غير آحين . فاذا اشبع المحلول بكبريتات المانيزا يرسب جميع الكزيت الذي يفصل بالترشيح . وحينئذ اذا حمض المائع بحامض الخل يرسب الآحين بدوره منفردًا ؟

٣ - هل يمكن فصل الآحين عن الكزيتين في محلول يحويهما معًا وهل يمكن وزن كل منهما منفردًا ؟

نعم يمكن ذلك باشباع المحلول بكبريتات المانيزا . فيرسب الكزيت فقط

يجث بفصل الترشيح وينسل وهو على ورقة الترشيح بحلول كبريتة المانيتزا المشبع حتى لا يبقى فيه اثر ما من الآحين . يستخن بعد ذلك للدرجة ١٠٠ لتخثيره وهو في ورقة الترشيح ثم يغسل بالماء مراراً عديدة لتجريدته من آثار كبريتة المانيتزا الباقية . فيكون لدينا جميع الكريين منفرداً بحالة خثارة ، تجفف بعد ذلك حتى الوزن الثابت وتوزن .

وبقى المائع المرشح بعد ان يضم اليه ماء الغسل المانيتزي فيتخثر الآحين الموجود فيه كاملاً فتجمع تلك الخثارة على ورقة ترشيح وتفصل بالماء المقطر كثيراً . ثم تجفف في تنور حتى الوزن الثابت وتوزن وهي جميع الآحين

عض افراد من صنفى الآحين والكريين الموجودة في البيض واللبن والدم والمضلات - فمن الآحينات آحين المصل *Serumalbumine* (في الدم) ، وآحين البيض (*Ovoalbumine*) (في البيض) ، وآحين اللبن (*Lactoalbumine*) (في اللبن) ومن الكريينات كريين اللبن (*Lacto-globuline*) (في اللبن) وكريين المصل (*Serumglobuline*) والليفين *Fibrine* ومولد الليفين (*Fibrinogène*) (في الدم) ، والاحمين او العضلين *Myosine* (في العضلات والاحوم وحيوين البيض *Ovovitelline*) (في البيض) الخ . « للبحث صلة »



مطبوعات حديثة

اطروحة السيد الجاني

وموضوعها سمية نيتريه الصودا

للصيدلي عبد الوهاب القنواقي استاذ الكيمياء

استهلها بمقدمة موجزة يبين فيها ان مؤلفات السموم المطولة قد اهملت الاسهاب عن الحامض الآزوتي واملاحه الازوتية على الرغم من انها سموم حقيقية . حتى ان قانون ١٩١٦ الذي يحرص في فرنسا بيع المواد السامة لا يذكر كلمة واحدة عنها في قداده الثلاثة ا ب ج . والسبب في ذلك كونه لم يسمع عن حامض الازوتي واملاحه حادثة ما من حوادث التسمم حتى يومنا الحاضر .

تعد املاح النيتريه ولا سيما نيتريه الصوديوم من الاصناف التجارية الكيماوية المهمة وهي كثيرة الاستعمال في الاصباغ الصناعية . وليست هذه المركبات شائعة بين الناس .

اجل تستعمل في الطب نيتريه الصوديوم مخففة للتوتر (Hypotenseur) بكل حذر وتحفظ غير انه لم يحصل منها تسمم حتى اليوم الذي نجح فيه .

وثبت من جهة ثانية بعد مطالعة الابحرة الآزوتية ودرس طبائعيها وخواصها ان الحامض الآزوتي والآزوتية سامان ايضاً . فشيوع استعمال

مصاييح الكوارتز للحصول على اشعة مافوق البنفسجي سبب كبير في ايجاد هواء مشبع بغاز الفواح (اوزون) والابخرة الآزوتية .

فيكون من المفيد والحالة هذه من الوجهة السمية وحفظ الصحة اتمام هذه المعلومات بشأن سمية المركبات الآزوتية ببعض تجارب عملية نعلنها للمجتمع البشري خدعة له .

تلك التجارب التي قام بها بنفسه السيد الجلبي في مخبر السموم العام في باريس في مؤسسة الطب الشرعي تحت اشراف الاستاذ كوهن أبرست مدير المخبر المذكور .

وهنا وقف السيد الجلبي وقفة للشاكر المقرب بالمعروف للاستاذ كوهن أبرست ومعاونيه لاجاء الاول للوضوح اليه وللمعاونة الباقين له ولما لقيه من الحفاوة والاحكام في اثناء اقامته هناك .

ثم قسم اطروحتة هذه اربعة اقسام : ضمن القسم الاول منها صفات بلا ماء الآزوتي وخواص ذلك الحامض واملاحه وخواصها وكواشفها وابان أن الآزوتية كثيراً ما تكون عاملاً من عوامل الأكسدة وأب أن آزوتية النشادر تحصل في اوقات العواصف والاعود وتنحل حينئذ في ماء المطر .

وان هذا الملح موجود في كثير من مواد البدن الحي كالعاب والعرق والبول والسيلان الانقي . كما انه يوجد في بعض المياه المرتشحة والملبوسة بالمغفرات الحيوانية .

ثم ابان ان جميع النيتريه المعدنية بلالون وان القلوية منها والقلوية

التراية منحلة في الماء . وان نيتريه الفضة بلون اصفر خاسف يمكن ان تتحلل في الماء ايضاً وهي من عوامل الاكسدة والارجاع في وقت واحد بحيث تفصل اليود حرراً عن مركباته الثنائية .

يستعمل في الطب بعض النيتريات المعدنية كنيترية الصوديوم ونيترية الآمبل فتستعمل الاولى بطريق القم والثانية بطريق الاستنشاق فتكونان موسعتين للأوعية مع تناقص محسوس بالضغط الشرياني اي انها متقصتان للتوتر كما تقدم .

وتكون النيتريه سامة متى كانت كميتها اكبر من الحد الطبي فتؤثر في الجهازين الدوراني والعصبي وتسبب تغيراً مهماً في طبيعة الدم بحيث يتقلب خضابه الى متاموغلوبين (Méthémoglobine)

ثم ذكر استعمالها في الصناعة في استحضار الألوان المختلفة واعقبها بكواشفها وتحريها وعيارها وقد اقتبس كل ذلك من كتاب العلامة الكبير دينيجيس . فذكر من كواشف النيتريه العامة : كاشف كبريتاة ذي فنييل آمين ، والبروسين ، ويكسني ديسباسين دوريشموند ، وجراندوال ولاجو ، وكلها مشتركة بين النيتريه والنيتراة .

واما الخاصة بالنيتريه منها فهي كاشف غريس وكاشف الاتي بيرين ورياغلر وكاشف دينيجيس وترومسدورف ، وخلاة الآتيلين والزه زورسين وشرح كلا من هذه الكواشف شرحاً وافياً وابعان كيفية استعمالها في تحري النيتريه وفي معايرتها ايضاً .

ثم افرد فصلاً خاصاً بتحري النيتريه ومعايرتها في المحاصيل الغذائية

المتعلقة باللحم والدقيق والخبز . وهناك كرتجارب الأستاذ كوهن آبريست الخاصة بهذا الشأن .

ثم تطرق الى كيفية تحريص النيتريفة في الاحشاء بعد التسمم بها ومعالجتها .

وضمن القسم الثاني سمية النيتريفة بوجه عام ومصادرها الطبيعية والسمية والمراضى عموماً ، كتبه الطاهر ريشودي في كتابه الخليلي عنها .

وذكر في القسم الثالث التجارب التي قام بها بنفسه بإرشاد الأستاذ كوهن آبريست وسجلته في مخبر السموم ، في باريس والتي أجراها على القبعة (Cobay) الحية ، واتفق جميع الاعراض التي كانت تظهر على الطيور ونوصل في ذلك الى موضع سداد وادوية السجدة ، وجميع علامات التسمم ولمراضه والمطلة التي يقضيها الطيور حتى يموت ثم مياينة النيتريفة بهذا الموت في اكل عضو من اعضاء الطيور . ووجدت التسمم الحاد والتسمم البطيء بعد اعطاء الطيور النيتريفة بطريق الفم .

ثم ذكر التجارب التي أجراها بإسفل النيتريفة لجسم الطيور بطريق الحقن تحت الجلد مع ما رافقها من الاعراض ايضاً .

ثم استنتج من تجاربه انه ان كمية النيتريفة التي يمكن وجودها بعد الموت اقل بكثير من المعطلة سواء بطريق الفم او بطريق الحقن تحت الجلد وذكر الاسباب الموجبة لهذا الضياع وهي تحول النيتريفة في البدن الحي وتغيره السريع . فلم يبق من ١٠ ، ٠ متفرامات الا واحد من عشرين من المليغرام تقريباً

وذكر في القسم الرابع الخلاصة لعمله وهي :

١- ان نيتريّة الصوديوم مركب سام متوسط في قوته فالمقدار المميت للبقعة هو ٠،٤٠ . مستغراماً لكل كيلو غرام من الحيوان بطريق الفم و ٠،٢٠ . مستغراماً تحت الجلد

٢- لا يحدث تسمم بطي بالنيتريّة ولم يتحقق ان امتصاص مقادير قليلة من النيتريّة يومياً اذا ثور على اخذها مدة طويلة يكون ذا فعل سام في البدن .

٣- يتضح من تحوي النيتريّة في الحيوانات المسمومة وجود النيتريّة في جميع اعضاء الجهاز و حدوث تحول كبير في النيتريّة المتصلة حتى انه لا يبقى منها الا: مقادير زهيدة للغاية

٤- يتضح من فحص الدم انه لا يوجد دائماً تحول في خضاب الدم الى (ماماغلوبين) ولكن يعطي الدم طيفاً اعتيادياً : اي خطين اسوديين ما بين E و D لا يمكن ان جاءهما اوجاعاً كاملاً بكميات النشادر .

وذلك مما يدل على تكون مركب من خضاب الدم (المومغلوبين) والنيتريّة هو (همومغلوبين او كسي آزوت) الذي يمتحن الدم من الوافي في القر ييب العاجل .

وهنا يتضح للقراء الكرام ما طناه السيد الجاني من المشاق في استحضار هذه الأطروحة

من الأشعار الطبية بقلم الاستاذ عيسى اسكندر المعلوف

شكا الوزير أبو طالب العلوي آثار بثر بدا على جبهته ونظم شكواه شعراً وانفذه
الى الشيخ الرئيس ابن سينا بقوله :

صنيعة الشيخ مولانا وصاحبه وغرس إنعامه بل نشء نعمته
يشكو اليه ادام الله مدته آثار بثر بدء فوق جبهته
فامن عليه بحسم الداء مفتناً شكر النبي له مع شكر عثرته
فاجابه ابن سينا ووصف في جوابه ما كان به بروء من ذلك فقال :

الله يشفي وينقي ما بجبهته من الاذى ويعافيه برحمته
لما العلاج فاسهل يقدمه ختمت آخر ايباتي بنسخته
وليرسل العلق المصااص يرشف من

دم القذال و يُغني عن حجامته
واللحم يهجرة الأ الحفيف ولا يُدني اليه شراباً من مدامته
والوجه بطلية ماء الورد معتصراً فيه الخلاف مدافاً وقت هجمته
ولا يضيق منه الزرء محتقناً ولا يصبحن أيضاً عند سخطته
هذا العلاج ومن يعتل به سيرى آثار خير ويكني امر عليه
ولا آخرة

كانت قناتي لا تلين لفاضره فالانها الاصبح والامساء
ودعوت ربي بالسلامة جاهداً ليصحني فاذا السلامة داء

وقال سديد الدين بن رقيقة :

إذا ما اشتهى ذو علة بعض ما به شفائه من الداء الذي جسمه حلاً
فلا تمنعه ما اشتهاه فر بما تراه وشيكاً عقدة الداء قد حلاً
وكان كما قد قيل في مثل جرى من السعد ان يلقى هوى صادف العقلا
ولرشيد الدين ابن الصوري وصية طيبة هي :

توق الامتلاء وعد عنه وادخال الطعام على الطعام
واكثار الجاع فان فيه لمن والاه داعية السقام
ولا تشرب عقيب الاكل ماءً فتسلم من مضرات عظام
ولا عند الخوى والجوع حتى تلتم باليسير من الادام
وخذ منه التليل ففيه نفع لذي العطش المبرح والاوام
وهضمك فاصلحته فتواصل واسهل بالايارج كل عام
وفصد العرق نكّب عنه الا لذي مرض رطب الطبع حامي
ولا لتحركن عقيب اكل وصير ذاك بعد الانهضام
لئلا ينزل الكيلوس فجاً فيلحج في المنافذ والمسام
ولا تدم السكون فان منه تولد كل خلط فيك خام
وقل ما استطعت الماء بعد م الرياضة واجتنب شرب المدام
وعدل مزج كاسك فهي تبقي م الحرارة فيك دائمة الضرام
وخل السكر واهجره ملياً فان السكر من فعل الطعام
وأحسن صون نفسك عن هواها

تفر بالخلد في دار السلام

ولسيد الدين بن رقيقة :

لا تصحبن فتي اراك نكلاً : وداً واضمر ضد ذلك بطاعه
واهجر اخلك اذا تذكر وديمه : فالمضروب بحسم داؤه في قطعته
وله في الطب واغراضه :

غرض الطب يا اخا اللب عرفا : في مبادئه ابداننا والاصول
قبل حالاتها وبها توجب العلا : لا تفها وبها لها من دليله
لتدوم الابدان موجودة : الصحة منا وذلك بالتعديل
وله وهو اشبه بقول ابن سينا الذي تقدم ذكره :

ان الغذاء وان كان الصديق لما : هو المدبر اعني قوة الوهم
فهو العدو لها ايضاً لأن به : زيادة الضر اعني عنصر الوصب
وله في علل الصحة والمرض :

علل الصحة حقاً ستة : وهي ايضاً علل للمرض
فاذا عدلتها في اربع : كان ذا التعديل انهي الغرض
وله في الطبيب :

قلوا خليق بالطبيب بأن يرى : بالطبع بدم رونقاً وجمالاً
صدقوا ولكن لا إلى حد به : يؤذي المريض ويفزع الاغفالا
وله في طبيب دجال :

أياماً عللاً خلق الطبيب وإنه : فكيف تقتل المرضى المشاكين بالجهل
فلم لا كلاك الله تفعل بالخلق : فلم لا كلاك الله تفعل بالخلق
كأنك يا هذا خلقت موكلات : على رجوع اذ واصل الانام الى الاصل
يهرسوا يا اذ فملك الناس دائماً : وذلك في الاحيان يحدث في فصل

كفى الوصب المسكين شخصك قائلاً

إذا عدته قيل التعرض للفعل

وقال محمد بن الحلي من آيات :

واخذر طعاماً قبل يهضم طعام
كالنار تصبغ وهي ذات ضرام
فاحتل الزجفة محل عقد نظام
كيومسه سبب إلى الاغتمام
شاف من الامراض والآلام
او تأكلن بعقب شرب مدام
بها وليس بنوع كل قيام
بالاحتلام وكثرة الاحلام
فدواء ما في الجلد بالحمام
فتقود طبعك للاذى بزمام
زادت فتقص فضلها بقوام
حل وعقد طبيعة الاجسام
يشفي الخديض بها وبالاوهام

واجعل طعامك كل يوم مرة
لا تتحقر المرض اليسير فسادته
واذا تعير ملك كمال مخارج
لا يهجرن النبي والهجر بكل ما
ان الحى عون الطبيعة مسعد
لا تشرب بعقب أكل عاجلا
والتي يقطع والقيام كلاهما
وخذ الدواء اذا الطبيعة كدرت
واذا الطبيعة منك بقى باطناً
اياك تلزم اكل شيء واحد
وتزبد في الاخلاط ان تعصت به
والطب جملة اذا حقته
ولعل تدبير المزاج فضيلة
وبعضهم بما انشده القاضي الناضل :

قلت للنزلة لما
بجائي خل حلقى
أن المآل بلهائي
فهو دهليز جاني

وقال الملب لما قامت عين طلحة الطلحات :

لئن ذهبت عيني لقد بقيت نفسي وفيها بحمد الله عن تلك ما ينسي
إذا جاء امر الله أحيا حيولنا ولا بد أن تعمى العيون لدى الرس

وقال ابن خروف يهجو الطيب الدخوار :

لا ترجون من الدخوار منفعة ولو شفى غلبته العجب والعرجا
طيبنا ان رأى المطبوع طلعه لا يرتجي صحة منها ولا فرجا

إذا تأمل في ذمتوره سحرأ وقال ابن فلان قيل قد درجا
فشرية دخلت مما يركبه جسم العليل وروح منه قد خرجا

وقال فيه ايضا :

ان الاعرج جاز الطب اجمعه استغفر الله ألا العلم والعمل
وليس يجهل شيئاً من غوامضه إلا الدلائل والامراض والعللا

في (حيلة البر) قلت عنده حيل

بعد اجتهاد و يدري للردى حيل

الروح تسكن جثمان العليل على علاته فـ اذا مـا طـبـه رجلا



﴿ كتاب الطب الشرعي ﴾

أ من المقرر ان معظم الحوادث الجزائية لا تجل غواضها ولا تعرف حقائقها الا بالرجوع فيها الى الطب الشرعي وتطبيقها على قواعده ونظرياته وكم من جريمة اضاعها الجبل وحقيقة طمسها عدم الوقوف على هذه القواعد الامر الذي كثيراً ما ادى الى زج كثير من الازياء في اعماق السجون وكان سبباً في نجات بعض المجرمين بما ارتكبوه من الآثام وناهيك ما في ذلك من الضرر العظيم على الهيئة الاجتماعية والظمن في صميم العدالة التي هي ضالة الجميع . ولذلك استنهضت همه الطيب البارع الدكتور حكمة بك المرادي الى العمل لسد هذه الثلمة باخراج مؤلف يعني باغراض المشتغلين بالقضاء والمحاماة ويكون مشكاة تنير السبيل الى الاهتداء لمعرفة كنه الحوادث الجزائية وعونا على كشف النقاب عن حقائقها الخفية فلي طلي هذا واختار من بين المصنفات المعروفة في هذا الباب كتاب (الطب الشرعي) لوضعه الدكتور الطائر البصير المحرم (وصفي بك) احد اطباء الترك واستاذ هذا الفن في مهده الحقوق العثماني في الاستانة فنقله الى لغتنا العربية في ست اجزاء تقع جميعها بنحو (٨٠٠) صفحة مهيئة للطبع وصيابع كل جزؤ منها بعد الفراغ من طبعه يرال مجيدي ونصف عدا كتاب الجروح فيكون ثمنه ثلاثة مجيديات .

غير انه حباً بتسهيل الحصول على هذا السفر المفيد و بصورة تدريجية لمن يريد اقتناؤه وتقع ابعائه فتحت باب الاشتراك به منذ الان لمن يرغب وجعات بدل الاشتراك في اجزائه كلها ستة ريالات مجيدة تدفع مقدماً فن كانت له رغبة في الاشتراك به فليخبرني بطلبه وليرفق الطلب بالبدل لأمرع في ارسال الكراريس اليه تباعاً كلما تم طبع شيء منها .

ولا اخال ذوي العلم رجال القانون الافاضل الامرتاحين لهذا العمل النافع مؤملاً ان يوافوني بما لديهم من الآراء التي ترمي الى خدمة المصلحة العامة والله الملمم للصواب .

داود المارديني

صاحب مكتبة الاعتماد بدمشق



قطرات ليفونيان

لمخبر ثروات باره

مركبة من القطران الكرايوزوتي و بلسم التولو

تستعمل في جميع آفات الصدر : السعال • التهاب الشعب • السل الخ



باباين ثروات باره

هواقوي الادوية الهضمية المعروفة حتى اليوم والانواع المركبة منه هي هذه

شراب ثروات باره : جرعته ملعقة كبيرة بعد كل وقعة

اكسير ثروات باره : جرعته قدح صغير بعد كل وقعة

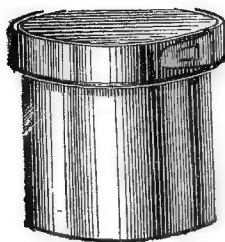
يون ثروات باره : جرعته يرشانتان بعد كل وقعة

وهي ناجمة في امراض المعدة : التي ، الالام المعدية التهابات المعدة • سوء الهضم

وفي اسهال الاطفال فيعطى لهم من الشراب ملعقة او ملعقتا قهوة بعد كل وقعة

تباع هذه العلاجات في جميع الصيدليات

الوكيلان الوحيدان : ظبيان وكزبري - بشارع رامي بدمشق الشام • وتطلب العلاجات منها ايضا



الالتهاب المعوي الكولوني

ولاسيما في الاطفال

يتحسن سريعاً ويسهل شفاؤه بوضع
الانتي فلوجستين الحار على البطن جميعه
ال :



من خواصه افراغ اوعية المعى والخلب (البريطون) وتنبه الضفيرة الشمسية
وللريطائية وايقاف الزحير والتلصص العضلي والالام

آفات الجلد

ان كل آفات الادمة معها كان سببها : كالحروق ، ووخزات الحشرات والزواحف
التي يكثر وقوعها في الصيف تستدعي ان تعالج بسرعة بوضع الانتي فلوجستين . ويجب
ان يوضع في الغالب حاراً

ان الحرارة الرطبة اذا طبقت تطبيقاً دائماً في حالة التئيم تعيد الدوران الطبيعي
بسرعة الى انتظامه وهي الخطوة الاولى في عامل تجديد كل التهاب . ان الانتي
فلوجستين البارد اسهل تحملاً في بدء الحروق .

الرضوض

الوثاة ، والجروح ، والتهابات الاغدة الرضية ، والمعص وسائر التبهفات الناشئة
من التمرنات الرياضية تزول سريعاً بوضع الانتي فلوجستين الحار

ترسل المعلومات والماطر لحضرة الاطباء

المتر العام

The Denver Chemical M. FG. Co
New York city, U. S. A.

EMILE FARHI & Co

P. O. Box 254

Beyrouth (Syrie)



PEPTONE
de
VIANDE et de POISSON

DRAGÉES SANS ODEUR
INALTERABLES



EXTRAITS
d'
ŒUF et de LAIT

GRANULÉS

**MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE
POLYVALENTE**

MIGRAINES-URTICAIRES-TROUBLES DIGESTIFS

par assimilation défœclueuse
COLITES, ASTHMES, PRURITS, ECZÉMAS
et en général les diverses manifestations anaphylactiques

POSOLOGIE (ADULTES 2 dragées ou 2 cuillères à café de granules) Une heure avant
(ENFANTS, Moitié de ces doses) chacun des trois repas

Laboratoire des PRODUITS SCIENTIA "D'E PERRAUDIN" Pharmacien de 1^{re} classe - 21 Rue Chaptal - PARIS "A"

یہ سوالیہ اور جوابی چالیں ہیں

ہو اول حضور بودی، نامیست
و جواب: یہ خدا کی قسم ہے
اکتشاف ۱۹۶۱ء میں ملا علی قاری نے اپنا بیان کیا
یہ مسئلہ بھیجیے باسٹ چال کے ذریعہ جو کہ لیون (ویڈیو) میں
نہاؤن اثر قطعیاً لے کر دیتا ہے لیون دیتا
(دفاعتہ کثیراً للصداع) للربیع، لیزر الصبا، امراض الحنجرة و... و... و...
• اطلبوا دائما البودالوز چالیں • حقیقہ • واحذر من الغفلة

sa virulence, à la faveur de conditions atmosphériques ou telluriques.

Cette atténuation des microbes chez les animaux réservoirs de virus est certaine, et on peut même faire repa-
raître la virulence en l'inoculant à des animaux jeunes. J'ai
ainsi pu rendre un bacille 3 fois plus actif en le faisant
passer par l'organisme de souris de 1 mois. C'est la repe-
tition des expériences de Pasteur

La peste murine ne doit donc plus être considérée
seulement comme une épizootie du rat mais comme une in-
fection permanente, très répandue, persistant sous une forme
aténuée, et comme sous une forme latente. Le rat doit être
considéré au même titre que la marmotte, comme un résér-
voir de virus de la peste.



farci de bacilles pesteux avec tous leurs caractères morphologiques; les bubons sont fréquents à l'aîne à l'aisselle, mais il n'y en a pas ailleurs. Le reste du corps n'offre aucune lésion.

Conclusions : On peut donc admettre que dans ces conditions, les rats qui ne paraissent pas malades, qui vivent comme les autres et qui, pourtant ont dans leur rate, des bacilles pesteux capables de faire mourir la souris à laquelle on les inocule, représentent des réservoirs de virus. Au point de vue épidémiologique c'est là un fait de grande importance. Comme d'autres animaux, le rat est un réservoir de virus. Simond dont l'article précité du traité des maladies exotiques de Grall et Clarac, peste page 646, dit que le singe, le Kangourou l'écureuil, le chat, le cobaye peuvent manifester la peste d'une façon accidentelle, à la condition de vivre dans un foyer où cette maladie sévit chez le rat et chez l'homme, mais que l'antomys bobac ou tabargane est un réservoir de virus, et que la maladie se propage chez ces animaux d'une manière continue endémique avec des manifestations épidémiologiques de loin en loin.

Il rappelle que Dujardin, Baumetz et Mosny en 1892, ont inoculé pendant leur sommeil hibernant, des microbes de la peste, à ces animaux sans qu'il en résultât, ni température, ni maladie, ni manifestation morbide d'aucune sorte, mais que les animaux mouraient lentement en 2 ou 4 mois. Ils expliquaient ce fait par l'état d'hypothermie de l'animal hibernant. C'est possible et vraisemblable; mais la même chose se passe, à mon avis, chez le rat, au moins dans les régions où la peste a régné à un moment donné et s'est éteinte progressivement.

Vraisemblablement ce fait de la résistance du rat, qui entraîne l'atténuation du bacille dépend d'un état d'immunité de l'animal. Il est bien probable que les choses se passent ainsi: un rat est atteint d'une forme bénigne de peste. Il survit. Il est réinoculé par des puces. Le bacille introduit dans l'organisme de ce rat évolue alors sur un terrain immunisé. Il se développe mal. Il s'atténue sous l'influence des anticorps. Il se transmettra aux autres rats sous cette forme atténuée. Ainsi se comprend la notion du rat réservoir de virus.

Et cela nous fait comprendre Pourquoi on voit la peste reparaitre dans une localité 2, 4, 5 ans après qu'elle ait disparu. On a invoqué pour l'expliquer des importations inconnues. Il n'est pas besoin de cela. C'est le rat qui a conservé le bacille sous une forme atténuée dans son organisme et qui redevient une source de contagion quand ce bacille recupère

lander du bactérium-coli des mycoses qu'on trouve assez souvent dans la rate des rats. Ces animaux, à cause des contaminations multiples auxquelles ils sont exposés, ont souvent leur foie et leur rate infectés de ces divers microbes.

Recherche : La détermination du rat réservoir de virus est simple. On fait un frottis de rate, sectionnée en travers, sans s'occuper des autres organes. S'il n'y a pas de bacilles dans la rate il n'y en aura nulle part. On colore au bleu de méthylène, on fait un gram si on le juge nécessaire. On examine avec l'objectif à immersion. Là la recherche est quelquefois un peu longue et exige un peu d'expérience. Par exemple il est inutile de parcourir toute la préparation. Il suffit d'examiner 2 ou 3 points différents, car le bacille n'est pas régulièrement disséminé. Il se trouve dans certains globules spléniques et pas dans d'autres. Là où il se trouve il est facile à reconnaître. Un examen de frottis prend 2 ou 3 minutes au plus. Si on ne voit rien on peut dire que le rat n'a pas de bacilles.

Il faut être prevenu que quelquefois le bacille est plus grand plus gros que les bacilles classiques. Rarement il a l'aspect d'un diplocoque plus rarement encore, celle d'un gros coccus. Ce sont là des formes qui ne peuvent servir au diagnostic, mais qui, quand elles existent avec les autres, font voir que le bacille doit être atténué. Car on remarquera que ce sont ces mêmes formes, qu'on rencontre dans les vieilles cultures peu actives. Ce sont des formes d'involution. En culture ou par inoculation, elles reproduisent les aspects ordinaires du cocco-bacille de Yersin.

Identification : Mais il ne suffit pas de ces signes pour justifier de la présence du bacille pesteux. Il faut encore l'identifier. Cette identification se fait en prenant la même rate qui a servi à l'étalement, et en la frottant sur la peau d'une souris on sait que quand on emploie ce procédé seul le bacille pesteux pénètre dans la circulation. Le Pneumococque auquel la souris est si sensible ne passe pas.

Tous les diagnostics ont été contrôlés par cette méthode, sur des souris blanches, des rats, et des cochons d'Inde. Les animaux mouraient après une courte période d'abattement, de torpeur et de fièvre, précédée d'une, longue période d'inoculation pendant laquelle ils ne présentaient aucun symptôme. La mort survenait lentement, entre le 5^{ème} et le 11^{ème} jour chez la souris; entre le 11^{ème} et le 15^{ème} chez le rat blanc ou le cochon d'Inde. Quelquefois la mort était encore plus lente ce qui tenait à l'atténuation du bacille, des souris sont mortes au 13^{ème} jour et des cochons d'Inde au 28^{ème}. Il faut donc attendre un certain temps avant de conclure. A l'autopsie on trouve la rate

Epidémiologie : En moyenne on trouve à Paris, comme cela a été confirmé en Angola au Mozambique, comme Uriarte l'avait vu aussi à Buenos Aires un rat renfermant le bacille pesteux dans sa rate, sur 200. On en trouve plus dans les points où on avait observé des cas humains. La contagion de rat à rat paraît très limitée, car une mère de 5 petits, en avait 2 seulement, qui avaient comme elle du bacille de Yersin lequel inoculé à la souris, déterminâ la mort de cet animal.

Symptomatologie : Elle est nulle. Le rat n'est pas malade; c'est là un fait sur lequel il est bon d'insister. Il faut, pour reconnaître les réservoirs de virus, examiner tous les rats bien portants. On sera étonné de trouver du bacille, dans leur rate alors que rien ne pouvait faire supposer son existence. J'ai gardé souvent des rats au laboratoire, ils étaient bien portants, les poils luisants, pleins d'appétit, et pourtant à l'autopsie je trouvais des bacilles dans leur rate ou leur foie.

Anatomie pathologique : Ce qui surprend quand on examine leurs organes, c'est l'absence de toute lésion. Les bubons eux mêmes sont très rares; s'ils existent à l'aîne ou à l'aisselle, ils sont très petits. Quand on peut les sectionner pour faire un étalement sur lame on n'y trouve pas toujours, des bacilles, même quand il y en a dans la rate.

Un seul signe en a paru plus important c'est la vascularisation de la face interne de la paroi abdominale. Encore n'est-elle pas constante et ne se rencontre-t-elle pas chez 30% des rats réservoirs de virus.

L'hypertrophie de la rate qu'on pourrait supposer exister est rare aussi. Cette hypertrophie se rencontre chez des rats non porteurs, aussi bien que chez ceux dont l'examen est positif. On ne peut baser un diagnostic de probabilité dessus. Les autres organes sont normaux.

Bactériologie : Par ordre de préférence, c'est dans la rate, dans le foie, et dans les ganglions qu'on peut rencontrer le microbe. La rate est certainement l'organe le plus volontiers infecté, et c'est dans le frottis de cet organe sur lame qu'il faudra faire la recherche. Celle-ci est même la seule qui soit importante. S'il n'y en a pas sur la lame, il n'y en aura pas dans le foie ni dans les ganglions. Le nombre des microbes y varie de 1 à 25 par champ d'objectif à immersion. Le bacille offrait dans tous nos examens les caractères du coco-bacille de Yersin avec sa coloration tripolaire sa non affinité pour le gram; son groupement en amas ou en séries linéaires dans le tissu interstitiel de l'organe. On le différenciait facilement, par son aspect, des bacilles paratyphiques, du bacille de Fried-

cours d'une petite épidémie qui avait sévi à Paris en 1920-1921 le nombre de cas humains diminuait, alors que celui des rats pesteux augmentait. Au laboratoire spécial d'examen des rats, créé par la Préfecture de police, on constatait journellement ce fait. Il y avait là quelque chose qui semblait en contradiction avec les données les plus admises.

Les recherches que j'ai pu faire à ce moment m'ont montré que dans une localité, où la peste avait régné à un moment donné le rat restait infecté plus longtemps qu'on ne croyait, et qu'il pouvait conserver le bacille sous une forme peu virulente, sans en être incommodé, et sans qu'aucun cas humain apparut. Il était réservoir, au même titre que l'homme, puisque Leger et Baury (Acad. des sciences 1922), ont constaté que si on ponctionnait systématiquement les ganglions inguinaux des noirs du Sénégal, même très bien portants, on retrouvait souvent le bacille pesteux. Tous ces faits ont été étudiés par Karsenty dans sa thèse sur le rat réservoir de virus (Paris 1923).

Des constatations analogues avaient été faites en 1907-1911, par les commissions Anglaises des Indes qui avec Chokey avaient établi l'existence d'une peste chronique murine caractérisée à l'autopsie des animaux par des bubons, des abcès ou des infarctus de la rate, des adhérences; plus rarement des lésions de dégénérescence du foie. Leur nature pesteuse quand elle n'était pas confirmée par la constatation du bacille dans les lésions, pouvait être démontrée par l'inoculation et par la culture. Cette épizootie qui sévissait dans diverses villes ou districts des Indes ne déterminait aucune épidémie humaine. Mais il s'agissait de la maladie chronique.

Les recherches que j'ai faites sur plus de 11000 rats de la région parisienne, depuis six ans m'ont conduit à des conclusions analogues, avec cette différence que je n'ai trouvé chez aucun de ces rats, de lésions quelconques. Et ces animaux se trouvant par suite, en excellent état de santé, je crois qu'on ne peut pas dire qu'ils aient été atteints de peste chronique. Car qui dit peste chronique, dit maladie à évolution lente, mais caractérisée. Or les rats que j'ai examinés ne présentant absolument aucune lésion, et renfermant pourtant du bacille pesteux dans la rate ne doivent pas être considérés comme atteints de maladie chronique. Ils sont au contraire des réservoirs de virus. Ils en présentent même tous les dangers, car ils seront une menace constante d'infection ignorée tant que le bacille reste méconnu. S'il reprend sa virulence l'épizootie apparaît précédant l'épidémie humaine,

Exposons d'abord le résultat de nos recherches, j'en tirerai ensuite les conclusions,

dependent d'inflences telluriques ou météorologiques redonnent à ce saprophyte de la virulence. A partir de ce moment la maladie apparaît, elle se confirme chez les autres individus contaminés, elle se développe et l'épidémie apparaît.

Les seconds sont des porteurs accidentels, d'un microbe contre lequel ils sont vaccinés soit par une atteinte antérieure, soit par une lente accoutumance qui développe en eux des anticorps. Mais ce microbe reste virulent. Transmis à des individus réceptifs, il détermine chez eux la maladie. Tel est le cas des porteurs sains de bacilles diphtériques ou de bacilles typhoïdiques, qui conservent en eux un bacille virulent, lequel transmis à d'autres individus, par voie de contagion directe ou indirecte détermine une diphtérie ou fièvre typhoïde.

Le réservoir de virus conserve donc l'agent pathogène sous une forme atténuée, et l'entretient en quelque sorte. On en connaît plusieurs et leur destruction est un des meilleurs moyens de faire de la prophylaxie. Pour les trypanosomes pathogènes de l'homme, c'est l'antilope (Bruce) ou les grands félins. Pour le mélitocoque c'est la chèvre ; pour le Kala-Azar c'est le chien ; pour d'autres microbes ce sont des milieux de putréfaction organique,

En ce qui concerne la peste, le rat est un réservoir de virus. L'épidémie survenue en Mandchourie en 1908 avait appelé l'attention sur une variété de marmotte qui vit en Sibérie, l'*arctomys bobac*. L'épidémie avait en effet débuté chez des chasseurs de ces animaux qui avaient trouvé des marmottes sorties de leur terrier et en avaient fait sécher les peaux. Chez ces animaux auparavant, on n'avait pas constaté de peste, on était donc forcé d'admettre que cette maladie s'était développée brusquement chez eux et qu'ils portaient auparavant le bacille sous une forme atténuée, c'est là ce qu'avait admis Simond (traité de pathologie exotique de Grall et Clarac). En Amérique on a fait jouer le même rôle à l'écureuil de terre qu'on appelait *ground squirrel*.

Mais la marmotte ou l'écureuil n'existe pas partout. Et le rat en revanche a depuis longtemps été reconnu atteint de peste avant l'homme l'épidémie murine précédant toujours l'épidémie humaine. Ne pouvait-il être réservoir de virus c'est la question que je me suis posée et qui est actuellement résolue par l'affirmative. Le rat dans les localités antérieurement atteintes par la peste peut conserver le bacille sous une forme atténuée, n'être aucunement malade et conserver pendant plusieurs années ce microbe sans qu'on puisse s'en douter. C'est un réservoir de virus.

Pour le démontrer on s'est basé sur ce fait qu'au-

LE RAT RESEVOIR DE VIRUS DE LA PESTE

PAR L. TANON

Professeur agrégé à la faculté de Médecine de Paris

La notion des réservoirs de virus a depuis une vingtaine d'années rendu compte de beaucoup de faits qu'on constatait autrefois, sans pouvoir les expliquer et faute de mieux on les rattachait à une influence inconnue qu'on supposait être d'origine divine. La peste en particulier chaque fois qu'elle survenait semblait être un châtiment de Dieu.

Actuellement nous sommes mieux documentés sur l'apparition de ce fléau. Simond a montré que la peste se transmettait du rat à l'homme par la puce et que c'était celle-ci qui quittant les rats morts, dès qu'ils se refroidissaient inoculait la maladie.

Mais il est un point encore qui restait obscur jusqu'en ces dernières années, c'est celui de savoir pourquoi la peste reparaisait dans un lieu d'où elle avait disparu plusieurs années auparavant, sans qu'il y ait eu importation. Dans beaucoup d'endroits on la voyait reparaitre alors que toutes les mesures prophylactiques avaient été prises comme si elle était née sur place. Pour l'expliquer on admettait que malgré toute la surveillance, un ou plusieurs pesteux; ou bien encore des rats venus par des navires ou par des migrations terrestres, avaient apporté le bacille de Yersin.

Tout cela s'explique parfaitement par la notion du rat réservoir de virus. En 1919 Uriarte, de Buenos Aires avait déjà admis que ce rongeur pouvait conserver dans son corps le microbe de la peste, sans en être incommodé. Renaud en 1921 au Maroc, avait émis la même idée. En 1922, j'ai pu mettre en évidence ce fait au laboratoire des épidémies de la Préfecture de police, au cours d'une petite épidémie de peste qui avait régné en 1920 et 1921.

Le réservoir de virus, est en effet distinct du porteur sain. Le premier est porteur permanent d'un microbe qui vit chez lui sous une forme atténuée, et qui est en quelque sorte saprophyte. Le porteur n'est pas malade; il vit et meurt avec son bacille; et il le transmet par contagion, à ses descendants, toujours sous une forme atténuée, jusqu'au moment où des circonstances que nous ne connaissons que peu, mais qui

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط سنة ١٩٢٧ م الموافق لشعبان سنة ١٣٤٥ هـ

نظرات في بعض المظاهر السريرية الغامضة
التي تظهر بها الآفات المتحولية (١) في الانسان

للحكيم ترايو استاذ في المعهد الطبي

ترجمها الحكيم مرشد خاطر



كان ينسئ لنا في كل يوم ان نرى مظاهر مختلفة من الآفات المتحولية مع اننا كنا مكلفين منذ ثلاث سنوات بشعبة لا تختص بهذا المرض وانما تعالج بها الأمراض السائرة ، وما ذلك إلا لأن للزحار النموذجي المنتشر في سورية والذي يكاد يكون بلدياً فيها ، اشكالا مزمنة كثيرة الوقوع لا تتصف بالامهالات التي هي العرض المميز للزحار فلا عجب اذا وُجد المرضى المصابون بهذه الانواع المزمنة في شعبتنا الطبية . والآفات المتحولية منتشرة في الشرق الادنى ولا سيما منذ الحرب العامة

(١) المتحولة ج متحولات ترجمها (Amibe) وهي الكلمة التي وضعها الحكيم احمد حمدي الحياط استاذ فن الجراثيم في معهدنا وكان قد ترجمها فيما مضى الحكيم بشارة ززل « بالرجح » .

التي كان لجيوش المستعمرات البريطانية والفرنسية اليد الطولى في نشرها
نشرًا كبيراً حتى أننا لا نغالي اذا عددنا كل اوربي يقطن هذه البلدان
بضعة اشهر مصاباً بها . ولهذا يجدر بنا ان نجمل هذه المظاهر التحولية
التي لم يعرفها الكثيرون حق المعرفة لكي نمنع الآخرين عن السقوط في
الخطيئات التي اقترفناها نحن في البدء قبل ان فتح طول الاختبار اعيننا
لرؤية الحقيقة .

...

فأول مظهر المظاهر وهو ما كنا نصادفه في الغالب ظهور نوبة زحار
حادة غير متظرة في مرضى دخلوا المستشفى لأعراض أخرى متنوعة .
فكم من مصاب بالريئة او ذات الرئة او الإبرداء شكاً لطيبه في دور صولة
المرض اي حين وجود الحمى او في دور النعاس ، إنه أصيب فجأة بآهالٍ
اضطره الى التغوط بضع مرات في الليل . فكان استجواب المريض دالاً
على وجود عرض او بضعة اعراض يتصف بها الزحار : كالحاجة التي
لا تغاب الى التغوط ، والآلام الشرجية في ذلك الحين ، وخروج مواد
مخاطية او قليل من الدم او من الغائط الصفراوي المائع .

ويكفي هذا القول بظهور زحار تحت الحاد مشتق من زحار كامن
يثبته المخبر الذي كان يهدي المتحولات او ايكياسها في الغائط . غير ان
هذه الحالات قل من يجهلها من اطباء هذه البلاد الذين يعرفون حق
المعرفة انتشار هذا المرض وفقدان الزحار العصوي ولهذا قلما يضع هؤلاء
الوقت الذي لا تقدر قيمته بالخصوص المخبرية التي تثبت دائماً ظنهم وانما

يصفون لمرضاهم الامتين فتخف اعراض الزحار منذ اليوم الاول وتزول بسرعة فيثابرون على معالجتهم بضعة ايام على الرغم من انتظام التغوط طمعاً بالشفاء التام واستمراره .

ان هذه الحالة التي وصفناها ليست سوى نوبة تحت حادة لزحار . كان كامناً لأننا نسبعد ان تكون العدوى قد حصلت في المستشفى . فهي ناجمة عن استئعام الاكياس التحولات فرصة ضعف البنية العامة التي انتهكها المرض الآخر وهوبها من رقدتها ونموها وايقاعها المريض في مخالب هذا الداء . ان هذه الهجمات الحادة تحملنا على الظن بوجود هذه الاكياس في غائط ابناء سوربة الذين يظهرون بمظهر الأصحاء فلو أُجريت في هذه البلدان التحريات التي اجراها مانز (Mentz) وفون كروغ (Von-krog) في اوسلو (Oslo) وهرم يانو كاستكس ودانيال غريماوي في بونس ايرس لوجدت التحولات واكياسها في الغائط كما وجدها هؤلاء المؤلفون بمعدل ٢٤٦٥٠ بالمائة في عاصمة الأرجنتين و٧٥ بالمائة في مدن نروج الكبرى .

...

فهذه الآفات التحولية الخفية تظهر في كثير من الاحيان بمظهر التهاب الكولون المزمن و يصيب هذا الالتهاب المريض دون ان يشعر به لأنه يعقب بعض اعراض معوية تافهة لا يعتد بها فلا يعيرها المريض التفاتاً لا بل يظنها اسهالاً بسيطاً مسبباً عن البرد او عن خرق لنظام التغذية . وكثيراً ما يظل هذا الالتهاب الكولوني مجهولاً لأنه لا يتصف في الغالب الا بامساك بسيط مستعص فلا عجب اذا أبعد هذا العرض

نظر الطبيب عن الالتفات الى الآفات الزحارية . غير ان هذا الامساك لا تؤثر فيه المعالجات الدوائية ولا الفسيولوجية ولا الترتيبات الغذائية . وانما ننجع فيه المعالجة السيية فقط اي الامتين او يترن بهرينغ (Yatren Behring) او الستوفر سول او الترير سول (Tréparsol) التي تمت التحولات فتعود الوسائط البسيطة التي لم تكن من قبل ناجعة ، كافية لاحداث النفوط وتنظيمه (كالمليينات والبرفين والاغار اغار (Agar - agar) (١) وانلج (. . .)

وقد يحدث ايضاً ان يبدو على اثر بعض الاسهالات البسيطة عرض سوء هضم معوي معدي متصف بخروج الأرياح وتبطل البطن وقرقر مؤلمة للغاية يصحبها نفوطان او ثلاثة نفوطات رخوة صفراوية قليلا او لا يصحبها نفوط وانما مغص مؤلم للغاية فقط . ان نوب المغص الجاف هذه وتبطل البطن المؤلم تزداد اذا لم يتبع المريض الحمية اللازمة ، غير ان هذه الحمية حتى الشديدة لا تكفي لازالة هذه الاعراض .

ومتى اعترت المريض اسهالات خفيفة او اسهالات صفراوية شديدة يصحبها اكلان شرجي مرعج للغاية حتى انه يمنع المريض عن المشي وما شبهه على ما نرحح الا لئله الخلية الكبدية قلت متى أصيب المريض بهذه الاعراض بعد ان اثباتته اعراض المغص الجاف يجب ان نفكر في الآفات

(١) كما ورد في المقالة التي عنوانها [بعض الاشكال والمظاهر السريرية الغامضة التي تظهر بها الآفات المتحولية في الانسان] لمار يانو كاستكس ودانيال غريمواي (الجمعية الطبية لمستشفيات باريس ٥ آذار سنة ١٩٢٦)

التحولية لأن هذه العوارض جميعها اي سواء المضم المعدي المعوي ونوب الاسهالات البسيطة او الصفراوية المناسبة تخضع للمعالجة السببية الشديدة اذا اتبعت مدة كافية .

وتتخلل ايضاً هذه الآفات التحولية الحفنية المزمنة عوارض حادة يظن انها تعفّنات زحارية حادة مبدئية فمن هذه العوارض الحادة التعفن الدموي التحولي الذي يتصف بما يتصف به جميع التعفّنات العامة وقد يصحبه ايضاً تشوش عقلي وهذيان واحلام مرعبة .

وتكون الحرارة بين ٣٨ و ٣٩ وقد يتخللها زمن تكون به تموجات الحرارة اليومية كبيرة جداً . وتسوء الحالة العامة ويشعب الوجه ويزداد فقر الدم وتضخم الكبد بعض التضخمة ويبقى الطحال طبيعياً . وقد تزداد حسية البطن على مسير الكولون ويكون زرع الدم سلبياً . وتكثر فيه كثرات النوى وتزداد نسبة الكريات البيضاء بعض الازدياد . ويبقى تركيب المائع الدماغي الشوكي طبيعياً . وتبدو في البول آثار آحين (البومين) واصبغة واملاح صفراوية ونبلة (Indican) و صفراوين البول (Urobiline) . فهذه الحالة اذن تعفن عام قد نال الكبد بالخاصة وبدل المواردنة الدموية الكروية (Hémoleucocytaire) مع بقاء الزرع الدموي سلبياً . اعني ان طبيعة هذا التعفن جرثومية مستعصية على سائر المعالجات الا الامتين والتراكيب الزرنيخية البنزينية (Arséno - benzènes) .

ويكون منعني الحرارة في بعض الحالات شبيهاً بمنعني الحى التيفية

والاعراض السريرية مشابهة لأعراض هذه الحمى : لسان وسخ جحيف في الحفرتين الحرقيتين ، اسهال ، ضخامة طحال وكبد وقد تظهر ايضاً اللطخات الوردية او الفريرية (Purpuriques) فهذا هو النوع التيفي الكاذب . ويسهل فهم هذا لان الاسهال واتساخ اللسان والجحيف في الحفرتين الحرقيتين توجد في سائر الآفات المعوية مهما كانت طبيعتها . وما ضخامة الطحال الا انفاعل تقوم به البنية دفاعاً عن تلف الكريات الحمراء بالمتحولات وما سبب ضخامة الكبد غير محبة المتحولات لهذا العضو وتفضيلها اياه على سواه . واما اللطخات الوردية او الفريرية فما سببها غير عطب الاوعية الدموية المنشأ ويصحب هذا كل الحالات التي تبدو بها عدم كفاية الكبد ويدل عليها تحليل البول الذي تبدو فيه كميات كبيرة من الاملاح الصفراوية والنيلة وصفراوين البول . وزرع الدم سلبي في الغالب وقد تظهر فيه مؤخراً كما سنرى عصبية الكولون .

وتبقى الحرارة اربعين على الرغم من الاستئقاع في الماء البارد وينتهي الاسبوع الثاني دون ان تسقط او يبدو ما يدل على دور الخفة . ليست عصبية الكولون (Colibacille) اذن وحدها السبب . وان فقر الدم الشديد وازدياد الكريات البيضاء ولا سيما الكثيرات النوى ووجود المتحولات واكباسها في الغائط ترشد الطبيب الى التشخيص فيستعمل الامتين فتتبط الحرارة في الحال وتعود جميع الاعراض الاخرى الى حالتها الطبيعية . ويحتمل ان يكون الزحار قد قرح الامعاء ففتح منفذاً لعصيات الكولون فتلجه ويضاف الى التعفن الزحاري هذا التعفن الجديد . وهذا

ما بين نسأبب ارتفاع الحرارة وبلوغها الاربعين وهي حرارة يقل وجودها في الآفات الزحارية. وهذه الحمى واحدة في سائر الانواع الاخرى تصحبها تموجات يومية حتى انه يخيل انها من نوع الحمى الثلث البردائية . و يوجد نوع آخر قريب من النوع السابق وهو النوع السلي الحاد الكاذب (Pseudo Granulique) لا ترى فيه اللطخات الوردية والقرفيرية وانما تلو فيه الحرارة مساءً وتخفض صباحاً حتى انه يخيل للطبيب المراقب ان المرض من النوع التيفي السلي (Typho - bacillose) وما يحمل على الظن بوجود هذا الداء ايضاً امتلاء الصدر بالخرخر المنتشرة والقاء قشاعات قيحية كاذبة ووهن الحالة العامة وانحطاطها بسرعة والمزال السريع المتري وظهور الحشكر يشات . اما زرع الدم فيكون منفيّاً ولا تظهر بمآينة النفث عصيات كوخ ولو كررت وجل ما يستنتج من سوابق المريض انه كان مصاباً بالزحار فعلى الرغم من ان الغائط لا يتصف بصفات الغائط الزحاري يوصف الامتين لأن سبب هذه الاعراض يظل مجهولاً فينشر المريض وتزول الاعراض الرئوية والاعراض الاخرى السائرة . فتكون الحالة اذن نوعاً من التسمم المتحولي اتخذ الشعب مركزاً له . وقد بينت صحة هذا النوع التحريات التي قام بها بتزاتاكس في مصر .

...

واننا نجد الى جانب هذه الانواع المسممة للدم مظاهر يجدر بنا ان نطلق عليها الانواع الجراحية الكاذبة (Pseudo - chirurgicales) لألة يظن في البدء انها قد ظهرت من تلقاء نفسها وانها مستقرة ولا تتحاط

بتفاعلات خلية وقد تدعو الجراح الى العمليات الجراحية اذا لم يكشف سببها .

والنوع الاكثر وقوعاً هو التهاب المجاري الصفراوية والمرارة المتحولي (Cholecystite Amib.) الذي وصفناه مع الاستاذ تانون^(١) . يشكو المريض ألماً شديداً يظهر من تلقاء نفسه في ناحية المرارة ويبقى مراراً عديدة قيئاً صفراوياً يصحبه جهد شديد قد يؤدي الى إحداث كدمات تحت الملتحمة . وتضخم الكبد غير انه لا تظهر نقطة ألم حاد بين الاضلاع في المنطقة المحددة لهذا العضو جميعها ولا ينتشر الألم الى الكتف اليمنى . اما ناحية المرارة فتوتر مؤلم وجدار البطن فتقلص تقلصاً دفاعياً ما تحت الحافة الضلعية . ويدل الرسم الشعاعي ان ظل الكبد متزايد في ناحية المرارة . ونصف الحرارة بتعوجاتها اليومية الكبيرة العادية ويدل تعداد الكريات على ان الكريات البيضاء متزايدة ولا سيما كثيرات النوى . ويفيد المريض انه اصيب بالزحار سابقاً او توجد اكيام المتحولات في غائطه . فاذا لم يحتط الطبيب للامر ولم يفقه السبب دعا الجراح الى العمل مع ان بعض حقن امتين تزيل هذه الاعراض جميعها بعد بضعة ايام . وعدا ذلك فحينما تكون الكبد متبينة وتجاوز الحافة الضلعية كثيراً والمرارة ضخمة قد ارتخت ربطها فانسدات يلتبس المرض بالتهاب الذيل الدودي ويكون الجدار البطني في نقطة مك بورنه متقلصاً ايضاً . تقلصاً دفاعياً وهذا هو النوع الدودي

(١) تانون وتراو : التهاب المجاري الصفراوية والمرارة المتحولي المبدئي (جمعية امراض البلاد الحارة ٢٦ آذار سنة ١٩٢٦)

الكاذب .

ويوجد نوع آخر وهو التهاب الذيل الدودي المتحولي الحقيقي ، وهو نوع يبدو حاداً في الظاهر حتى انه يدعو الى العملية الجراحية دعوة متحمسة . واذا أجريت العملية بدت على الذيل الدودي المقطوع تقرحات تثبت للجراح انه كان محققاً في علميته . غير ان هذا العمل الجراحي لا يفيد المريض شيئاً لان المرض يكمل سيره . ولأن قطع الذيل الدودي لا يمنع الاعور عن ان يلتب وتبدو اعراض التهابه .

ولا يشفى المريض شفاء تاماً الا بالامتنع كما ان ذيله الدودي الملتب كان قد شفي ايضاً بالعلاج نفسه لو عولج به قبل العملية .

لقد قلنا ونردد الآن ان هذه الانواع الجراحية ليست مبدئية الا في الظاهر . فهي لا تبدو مبدئية الا لأن الطبيب لم ينبذ جيداً في سوابق المريض ولم يستجوبه استجواباً دقيقاً او لانه لم يطلب معاينة الفائط مراراً عديدة

قلو استجوب المريض استجواباً دقيقاً لكان افاد انه أصيب بوحاز النموذجي سابق او ثوب اسهالات ظنها بسيطة ولم يعابها . ولو كررت معاينة الفائط واجريت بدقة لكان كشف المجهر فيه ايكياس المتحولات فدل على وجود آفة زحارية مزمنة كامنة وان هذا النوع الحفي يكون مستقراً حيث يتقلب حاداً اي في الذيل الدودي حينما يكون النوع الحاد دودياً كاذباً وفي المجاري الصفراوية والمرارة حينما يكون النوع الحاد

صفراوياً. أن مشاهدات روجه ^(١) القديمة في كلكتا بينت ان الآفات في سياق الزحار تكون أكثر وضوحاً في ناحيتي الإعور والكولون الصاعد وقد تكون منحصرة فيهما فقط وقد وجد ولاي وموسغراف الذيل الدودي منقرحاً بمعدل ٧ بالمائة وافاد كارتس ان الفئران بما مع ما يعقبها من انتهاب الذيل الدودي كثيراً ما تكون ضغناً لهذا النوع. فضلاً عن هذا فان التحريات الحديثة التي قام بها بويه وكوفواد وسوازي ^(٢) كشفت المتحولات حية في المرارة نفسها. وقد وجد هؤلاء المؤلفون بعد ادخال الانبوب الاثني عشري (انبوب اينهورن اور كفوس (Einhorn, Rochfus) في خمسين مريضاً مشبوهين بالآفات المتحولية المزمنة اخذ عشر مريضاً كانت الصفراء التي أخرجت منهم بالانبوب حاملة للمتحولات الحية المتحركة لولا كيمياء المتحولات منع ان معاينة الغائط كانت سلبية. فليست الصفراء اذن متلفة للمتحولات كما كان يظن. واجز. وهكذا يكون قد اثبت بالجهد للتهاب الجازي الصفراوي والمزمنة، هذا الالتهاب الذي يظهر بمظهره الحاد مع انه هجمة حادة لالتهاب خفي من كما اوضحنا ذلك مع الاستاذ قانون مينتين اعراضه السريرية وشفائه بالمعالجة النوعية. وتوجد مظاهر اخرى اقل نوعاً من الانواع الآتية وقد كنا اول ^(٣)

(١) الزحار المتحول « مؤلف الامراض الاجنبية لغول وكلاراك »

(٢) بويه ، كوفواد ، سوازي : صحيفة الجمعية الطبية الاميركانية ٧ تشرين

الثاني سنة ١٩٢٥

(٣) رابويه : الانواع غير الطبيعية للملأقات المتحولية : مجلة الطب وعلم الصحة ..

للبلاد الحارة جزء ٥ (ايلول وتشرين الاول سنة ١٩٢٥)

من وصف في سياق الزحار المزمع مشهراً شديداً بمرض (بائي) شفي بالامتين
شفاء تاماً وهذا المشهد قد تحققت بعدنا ضربات كاستكس : وذايالي غرينواي
جوج : أغلان وأ - هينديبرغ (١) وكانت الملاحظة التي ذكرناها في
كانون الثاني سنة ١٩٢٤ : رجلاً دخل المستشفى لاعتبته بملاحظة قوى
وجم بين ٣٨ و ٣٩ واتساح اسنان وشحوب المتحتمتين ووجود الانصباب
الصغراوي وصفرا من البول في البول وزعاف وفقرال سريغ والسهال
وشحامة الحكة والطحال وظهور دوران مبيض على الجدار البطني ذال على
صعوبة الدوران في ورئيد الباب : الامر الذي كان يستدعي وجود الامتين
في مجوف البطن : فعدداً هذه الاعراض ناجمة عن الزحار المتحوي
في ورئيد الباب وخاصة في سياق آفة متحولة من النوع المسسم للدم وقد
اظهرنا في ظننا لانه جميع هذه الاعراض زالت بامتين : فمع ان حالة
المرضى كانت شديدة لا يكاد يرجح منها شفاء : فمما شهدنا

هذه مشهراً من مرض بائي الشديداً

من مشاهدة المريض التي اوردناها

بها ، في سياق مرض بائي اخوذه

في المائع الذي امتحنت على

الامتين فيها كما كان في مشاه

فلم يعد من شك اذن

الانواع التي وصفها المؤلفون

تجمعها حزمة من السمات المشتركة وهذا ما نرغب في وصفه الآن :

ان هذه السمات هي الصداع الذي يستمر أحياناً سنوات عديدة وكثيراً ما يكون شديداً وقد نبه مريانو كاستكس ودانيال غر بنواي الانظار اليه ، والتشوشات المعدية المعوية التي تكون قارة امسكاً وطوراً سوء هضم وقد وصفناها آنفاً وقد لا تكون آونة الا ازدياد الحسية في الناحية الكولونية واشتدادها الى درجة الايلام في ناحيتي المرارة والذليل الهودي وقد تكون أحياناً نوب امهال وقبض متناوبة مع خروج مواد صفراوية يصحبها مفص وكلان شرجي مؤلم وصيغة دموية كروية دالة على فقر دم يكون به عدد الكريات الحمراء ثلاثة ملايين والكريات البيضاء بين عشرة آلاف وثلاثين ألفاً في المليتر المكعب وتكون نسبة كثيرات النوى في هذه الكريات البيضاء ٨٠ - ٩٠ بالمائة . وتظهر اعراض بولية دالة على عدم كفاية الكبد اي وجود الاصبغة والاملاح الصفراوية وصفراوي البول والنيلة في البول وقد تكون كمية صفراوي البول كثيرة . وعدا هذا فان الوجه يظهر بمظهر خاص « القناع المتحولي » فيعود لون الوجه جميعه سخامياً باين بلوته لون الصلبتين الالبيض وما سببه على ما نرى الا شبيهاً بسبب القناع البردائي الذي يعرفه سكان المستعمرات فيه تآكل . وجود الاجزاء التي انفصلت عن الكريات الحمراء بعد ان تفسارت في الاوعية الدموية ثم استقرت اخيراً في جسم في كل مل ' وامتصت اشعة الشمس الحادة في تلك البلاد

(١) التهابات المفاصل السيلانية

للحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية



طالج الحكيمان ميشل من نانسي ومندور من باريس هذه السنة
موضوع التهابات المفاصل السيلانية وبحثافي تشخيصها ومداواتها وهو
موضوع كان مدار البحث في مؤتمر الجراحة .
ان لا خطر هذه الآفات واصفوية علاجها اهمية كبيرة في الممارسة
لا تخفى عليكم وانه ليعز علي كثيرآ ان افق صامتاً دون ان اتقل اليكم
صدى ما قيل عنها في المدرج الكبير لمهد الطب في شهر تشرين المنصرم .
يترب علي ان ألفت انظاركم قبل كل شيء الى امر لا يخلو من الاهمية
أريد به تسمية هذه الآفات بالرئية السيلانية . ان هذه التسمية التي
لا يزال البعض يستعملونها حتى الآن يجب ان تمحي من ذاكرتكم لأنه
متى استقر احد الجرائم في مفصل اوجد فيه ذات المفصل (Arthrite)
ولم يوجد رئية (Rhumatisme) فمتى كان ذلك الجرثوم المنكورات
البنية (Gonocoque) اوجد في المفصل ذات المفصل السيلانية . ولست
اظن ان احدكم يضع الوقت بمداوة هذا الالتهاب المفصلي الخطر بصفصافية
السودا .

(١) محاضرة القيت في ٢٣ تشرين الثاني سنة ١٩٢٦ ونقلها الى العربية

الحكيم مرشد خاطر

التشخيص : ان تشخيص ذات المفصل السيلانية لا يوضع في الغالب الا متأخراً مع ان الابتكار فيه امر واجب .

ان التهاب المفاصل عديدة بقى آن واحد هو نوع كثير الحدوث في السيلان وهذا ما دعا البعض الى تسمية هذه الآفة بالزئفة السيلانية غير ان ظهور هذا الالتهاب في المفاصل ليس الا دليلاً على ان السيلان كافي في دوره المسمم للدم قبل ان تستقر جراثيمه في المفاصل ولا بد من الانتباه الى ان هذه الآفة تستقر في مفاصل عديدة . وتحدث فيها جميعا التهاباً خطيراً غير انها قد تغير مخططها في بعض الأحيان فتوقع في مفاصل او ثلاثة مفاصل التهاباً شديداً حاداً خطراً يستدعي الانتظار والتورم بالذي يسببه يبدى انها تصيب مفصلاً آخر دون ان يبدى فيه اقل عرض فلا يلتزم ان يصاب ذلك المفصل بالتهتك (Ankylose) الثابت .

ومتى صحب ذات المفصل انصباب كانت ذلك الانصباب مصلياً ليفينياً او متقيحاً وان من الخطأ ان يقبل الوهم القوي لا يزال البعض يعتقدون به وهو ان الانصباب المصلي المتقيح لا يوجد في ذات المفصل السيلانية الا متى اشتركت الجراثيم الاجرى مع المكورات البنية : ان هذا الوهم يجب ان يحى من ذاكرتكم . ويترب عليكم ان تعلموا ان ذوات المفاصل المتقيحة اما ان تسير سيراً تحت الحاد فلا تعلق الحرارة فيها الا قليلاً او سيراً شديد الحدة مع ألم وانتباج وحى قوية او سيراً بطيئاً يكاد يكون خفياً وكل هذه الحالات تعرض المريض لاضغاث تسبب الدم الخطرة ولا تلافى المفاصل اتلافاً شديداً .

وان النوع الفلغموني الكاذب (Pseudo phlegmoneuse) هو
اجلى مظهر تظهر به ذات المفصل السيلانية وهو النوع الذي يوقع في الخطأ
ويمر الطبيب اذا لم يضع تشخيصه الى شق ذلك الفلغمون فيترتب عليكم ان
تعرفوا هذا النوع وتشخصوه وتدر كوا انذاره الخطر .

ويضيف مندور الى هذه الانواع الرسمية الانواع التالية :
المتادي والتاكس والمتاخر .

يترتب على الطبيب الحكيم ان يمثل لهام عينيه المنشأ السيلاني متى
وجد ايزاء التهاب مفاصل عديدة وان يخشى خطر تبسم الدم بهذا الموضع
ويجب عليه ايضا ان يفكر بهذا المنشأ في بعض التهابات المفاصل المزمنة فلو
التهابات المفاصل التناسلية والتهابات المفاصل في الرضع والاطفال ليس
سببها في الغالب غير السيلاني .

ان الجري على التقاليد القديمة والقول بوجود دثرية مفصلية جادة متى
وقع الالتهاب في مفاصل عديدة خطر عظيم يجب ان نجتاط له ولمعطاه
صفصافية السودا في حالة كهذه اضاعة وقت ثمين لا يعوض لانه اذا طال
الوقت قبل وضع التشخيص لم يعد أمل بالشفاء الا اذا كان النوع نهيفاً
فنجاح المعالجة يستدعي الابتكار بالتشخيص .

ان المعالجة الجراحية خير المعالجات واضمنها اذا امرع في اجرلها .
ليست الانواع المتأدية من التهاب المفصل السيلاني الا انواعاً طال
الخطأ في تشخيصها ، اذا ان التشخيص لا يثبت الا بعد كشف المكوّنات
البنية على انه يجب علينا ان نعلم المبكان الذي نتقش فيه عنها .

١- في منبعها (الاحليل والحويصلين المنوبين وعنق الرحم)

٢- في الدم وهذا صعب للغاية

٣- في المفصل

ومنى صعب التفيتش عنها طويلاً واستدعى وقتاً يجب ان نستند على الاعراض السريرية فنضع التشخيص لكي نبتدى بالمعالجة في الوقت المناسب .

التصوير الشعاعي : يبدى لنا اعراضاً عديدة : ذات العظم الخلاقية ، فرط نمو عظمي كبير ، زوائد عظمية عديدة ، افات تكوّن ، تقرحات انضغاطية ، نقص التكاس في المشاش ، تكثفاً اعاضياً حول العظم ، انخماص الفاصل المفصلي بسبب افات الغضروف ، توسع الفاصل وابتعاده بسبب الانصباب والنج . . ولكن على الرغم من كثرة هذه الاعراض فاننا لانجد واحدة منها تصلح لان تكون خاصة بالمرض .

ان التصوير الشعاعي اذا لم يفد فائدة تذكر في التشخيص يظل ضرورياً جداً لوضع الانذار ومراقبة المعالجة .

ان الالتهاب المفصلي الذي لا تبدي فيه الاشعة اقل عرض يجب ان يشفى شفاء تاماً كما ان نقص المواد الكسبية نقصاً كبيراً وبأكراً هو دليل على إخطار الحالة وكذلك متى غابت حدود العظم واتشكل الغضروف كان الانذار سيئاً . وعودة التكلس دليل على النج . والنج .

رأينا ان تحري المكورات البنية واجب لا بد من قضائه وبما ان الحويصلين المنوبين هما مدخرا هذا العامل الحقيقيان يترتب علينا ان نفتش عن المكورات

البنية فيهما بزرع المني .

متى كان التهاب الاحليل حاداً ظهر الضفث المفصلي في الاسبوعين الثالث والرابع وقد يظهر حينئذ يخيّل ان ذات الاحليل قد شفيت . فاذا لم يوجد العامل المرضي في الاحليل يجب ان يفتش عنه في منبعه (بعد تمسيد الموثة « البروستاة » وزرع المني) . ويوجد العامل ايضاً في الانصباب المفصلي غير انه يجب ان يفتش عنه في الانصباب الحديث العهد لأنه متى قدم استقرت الجراثيم في حمل تلك المحفظة وفي خثر الليفين الموجودة في المفصل اما زرع الدم فصعب وقلما يعطي نتيجة حسنة . ولكن اذا كانت السريريات وفن الجراثيم قاصرة عن وضع التشخيص فان التفاعل المسمى « التفاعل البني (Gonoréaction) لـ برنكون وايل وروبستين » مفيد للغاية . فاذا جاء التفاعل سلبياً لم يكن ذلك كافياً لنفي تسم الدم البني غير انه اذا كان ايجابياً دل على هذا التسم .

المعالجة : اذا حق لنا ان نتبع هذا القياس في الاستنتاج وهو ان تعدد المعالجات التي يعالج بها الداء دليل على فشل هذه المعالجات كان عدد المعالجات التي وضعت لمكافحة ذات المفصل السيلانية اكبر دليل على انها لم تبلغ حتى الآن الدرجة التي تمكنها من خنق هذا الداء . ويترتب علينا لكي نثبت قيمة الطرق المستعملة في المعالجة ان نميز بين النوع الانصبابي من ذات المفاصل والنوع اللاصق . ففي النوع الاول ننجح الجراحة نجاحاً باهراً . ان النتيجة الاولى التي نستحصل من وضع التشخيص الباكر هي ثلاثي القسّط (Ankylose) الذي يعدّ النهاية المشؤومة لبعض ذوات

المفاصل متى تركت وشأنها ونتيجته الثانية تلافي الضمور العضلي . ان جميع هذه الالتهابات المفصليّة موءلة للغاية فاذا توصلنا الى تبديل هذا العرض سهلت المعالجة . وتختلف المعالجة باختلاف المفاصل فما يصح في مفصل الركبة لا يصح في غيره من المفاصل ولا يخفى ان لمعالجة السيلان الاحليلي دوراً مهماً في تلافي الاضغاث المفصليّة ولكن متى ظهرت هذه الاضغاث سارت سيراً مستقلاً عن التهاب الاجليل ولم يصد لهذا الالتهاب تأثير في السير المقبل للالتهاب المفصلي :

لنجعل الوسائط الدوائية التي نكافح بها هذه الآفات :

العلاجات الداخلية : لا توجد معالجة دوائية لذوات المفاصل السيلانية .

العلاجات الخارجية : كثير عددها . مضادات التورم (Antiphlo-

gestiques)، والمنقطات (Revulsifs)، والضغط . كل هذه مساعدة

للمعالجة ولا تستحق ان تدعى معالجة

الثبوت : ينتهي بالقسط في معظم الحالات .

التحرّيك : مفيد على ان نقف حينما يشعر المريض بالألم . وان نكتفي

بمحرّكات خفيفة يحريها المريض نفسه .

الهواء الحار : مساعد . المداواة الكهربائية كذلك ، المداواة بالراديو . كذلك

البزل : يفيد فائدة حسنة في الانواع البسيطة . وتقل فائدته

سفي الانواع السائرة نحو القسّط وهو لا يفرغ الأجسام الليفية

ولا المكورات البنية التي يطول مكثها في المفصل ويستعمل البزل في الانواع

الانصبابية ويحتمن المفصل بعده بحلول مبدل او بالمصل او بالقاح .

خزاع المفصل : ان فتح المفصل الباكر في ذات المفاصل الحادة يفيد فائدة كبيرة فهو ينقص انقاصاً سريعاً ان لم تقل يزيل ازالة تامة جميع العوارض الالتهابية في زمن قصير جداً . وعدا ذلك فهو يمكن المفصل من استعادة وظائفه . لانه يتلافى القسط ان لم يكن تلافياً تاماً فالقسم الاكبر منه . واما التحريك فاذا لم يُجر مباشرة ترتب علينا ان نبكر في اجرائه ما امكن . ويجب ان يكون فاعلاً ومنفعلاً وان نقف حين ظهور الآلام (حسب طريقة اوليه) ان خزاع المفصل يمكننا من تفريغ هذه الندف الليفية التي تستقر فيها المكورات البنية .

ويجب ان يغلق المفصل بعد خزعه وافراغه حذراً من التخففات الثانية التي قد تؤدي الى البتر . ويوصي لويس بفصل الخوصيلين للنوبين بطريق الاسهرين ^(١) (Canaux déferents) أملاً بتطهيرهما ان اللداواة بالمصل غير النوعي تؤثر كما تؤثر المعالجة بالمبولين (Protéino therapie) وقد تخفف عرض الألم

واما المداواة بالمصل النوعي (المصل المحضر في مستوصف بامنتور) فانها تؤثر تأثيراً لا شك فيه ولكنها تحدث تفاعلاً قوياً مباشرة وعوارض مصلية ولهذا قل استعمالها

المداواة بحقن المفصل بالمصل : اننا جرباً على مداواة ذات السحايا بحقنها بالمصل المضاد للمكورات السحائية (S . antimeningococcique)

(١) راجع المقالة المدرجة في الجزء الثامن من السنة الثانية ص ٤٤٩ من هذه المجلة للحكيم الاساذ جميل الخاني « المحرر »

نداوي ذات المفضل السيلانية بحقن المفضل الملتهب نفسه حيث توجد الجراثيم ، بذلك المصل النوعي فيبزل المفضل المريض أولاً ثم يحقن بالمصل وقد تحدث اثر ذلك تفاعلات موضعية شديدة للغاية (ذات المفضل المصلية) كما تحدث ايضاً تفاعلات عامة .

المداداة بحقن الوريد بالمصل هي طريقة ناجعة تظهر تأثيراتها في الحالات الحديثة غير انه قد رويت بعض المشاهدات التي ظهرت فيها عوارض دالة على التسمم او على فرط الحسية ولهذا عدت هذه المداداة طريقة شاذة وتوجد طريقة يختارها الكثيرون وهي اشراك خزع المفضل والمعالجة المصلية .

المداداة بالمصل الذاتي : يحقن بالمائع المستخرج من المفضل تحت الجلد وكتبه ١٠ - ٢٠ سم . ولا يحدث هذا الحقن تفاعلاً موضعياً ولا عاماً ولا عوارض مصلية سامة . ونتائج هذا الحقن حسنة للغاية لان المريض يستريح بسرعة من آلامه غير ان هذه المعالجة لا تستعمل الا في الانواع الانصبابية المداداة باللقاح : نتائجها غير ثابتة وغير متشابهة في جميع الحالات ويوجد تناسب بين التفاعل والصدمة اللذين يليان الحقنة وبين تحسن الاعراض . وان ما يفعل في المداداة باللقاح ليس نوعية اللقاح ولكن الصدمة التي تحصل في البنية . ومهما يكن فلا بد من التنبيه الى ان هذه المداداة اللقاحية لا تخلو من الخطر وانه يجب ان تستعمل المقادير الخفيفة ريثما تعرف درجة تحمل المريض .

وقد اشار لانور باستعمال اللقاح والمصل مشتركين فان اللقاح

يحسن أولاً حالة المريض متى وجدت الاضغاث المفصلية غير ان المرض لا يلبث ان يعود الى الصولة فاذا استعمل المصل حينئذ تكون النتائج اسرع والبت فلا بد من الانتباه الى هذا الامر المهم .

ان نتائج اللقاحات الذاتية احسن من اللقاحات الاخرى غير ان في تحضيرها بعض الصعوبة

المداداة الميولينية (Protéino therapie) ليست نوعية ولكنها ابنة الحظ والصدفة فان نتائجها تبدل من شخص لآخر وهي ذات علاقة بنوع الميولين ولا سبيل الى معرفة افضل انواعه :

لقد اشار الاميركان ان تعالج هذه الافات بحقن المريكروكروم (Mercurochrome) غير ان العوارض التي حصلت من استعماله حالت دون انتشاره .

وقد نال جوزييون في فال دوغراس نجاحاً باهراً في الانواع القسطية بحقن الوريد بكلور مائية الديامينومثيل اكريدين - (Chl. de diamino - méthyle acridine) اي تريفلافين (Tripaflavine) الالمان وغونكرين (Gonacrine) الفرنسيين

النتائج: لا توجد معالجة نوعية لذات المفصل السيلانية لان جميع هذا المعالجات قد يكون لها بعض الفائدة كما ان جميعها قد تفشل كل الفشل . فكيف يجب علينا اذن ان ننظم هذه المعالجة ؟

أ - يجب علينا ان نكافح الالم والتعفن بالطرق المختلفة الكيماوية والمصلية واللقاحية .

٢ - متى زال الألم امكن التحريك لتلافي القسّط . واستعملت حينئذ جميع الطرق المساعدة كالهواء الحار والحمرات والتسميد الكهربائي والنخ .

واذا كان المفصل المصاب سهل المتال وكان الانصباب موجوداً بزل ذلك المفصل وحقن بذلك المائع تحت الجلد وحقن المفصل بمحلول مبدّل او بالمصل او اللقاح النوعين . ومتى كان البزل واسعاً أفرغ المفصل وكانت نتائجها حسنة .

غير انه اذا استمرت الآلام ولم تسقط الحرارة كان الاتجاه الى المعالجة الجراحية اي - خزع المفصل ضرورياً ويجب ان يكون الخزع واسعاً لكي يتحرى جوف المفصل . ولا سيما في الركبة ونزع منه الاجسام الليفيّة وخمل المحفظة واللحم التي تكونت فيه . وبعد تنظيف المفصل يحقن بالمصل او باللقاح ثم يخاط بدون افحوض (Drain) وربما احتيج في الايام المقبلة الى تكرير البزل مرة او بضع مرات .

ويجب ان يلجأ بسرعة الى التحريك الفاعل والمنفعل . لأن هذه الطريقة تفيد الفائدة الجلي في الانواع الانصبابية القيحية . اما نتائجها في الانواع الجافة والانواع اللاصقة فأخف لأنها تؤدى الى القسّط مما كانت المعالجة التي طبقت (بسبب الآفات التي تحصل حول المفصل في العظام والسمحاق) .

غير اننا بعد حصول التسط لا يجب ان نأس لاننا بفضل تصنيع المفاصل (Arthroplastie) نتوصل الى ان نعيد اليها بعض وظائفها .

الصوت الوظيفي

للمربين والمربات. والمغنين والمغنيات والمحامين والمحطباء

« نعمة »

للحكيم عبد القادر مري استاذ السريبات الاذنية وعلم التشريح

٣ - اختلال الصوت الوظيفي الناجم عن سوء استعمال العضو الصائت : هو اختلال ناجم عن عيب في كيفية استعمال الصوت او عن خلل في آله او عن وضعه المعيب .

وكلمة الوضع هي ما ينتج من التطابق والمعاوضات الوظيفية الموجودة بين المفاصل العضلية المختلفة للعضو الصائت وذلك بالمقابلة مع الميزات الزوجية والحكمية العائدة الى كل شخص . ولهذا يقال ان الصوت في وضع جيد متى كان التناسب موجوداً بين الحانه المختلفة وكان الانتقال من لحن الى آخر ممكناً دون تردد او حصول تغير في اللحن . وهذا هو الصوت الذي بقوى على ارتفاع السلم الموسيقية دون ان يخطئ فيشنف اذن السامع بنغائه اللطيفة واما الصوت الذي ينتقل به المغني من الالحان الحادة القوية الى الضعيفة دون اقل ارتباط فيقال فيه ان وضعه ردي فكل صوت لا مساواة في الحانه ولا تطابق ولا تناسب في سمته لا يعد جميلاً مطرباً

واذا ظننا ان التطابق واحد في الجميع كان مثلنا مثل من يحاول ان يغطي الرووس جميعها بقلنسوة واحدة (كارلويياجي) مع ان الأمر ليس كذلك لان لكل شخص بنية عامة وتراكيب خاصة ولكل عضو ايضاً قابلية تحمل ومقاومة وحسية وكيفية تفاعل تختلف اختلافاً كبيراً باختلاف الاشخاص وكل منشد لا يلاحظ هذه الامور لا يعد بارعاً في مهنته . وبينما نحن نرقب ان يتحفظنا العلم وفن الصوت العجبر في بقواعد عامة للسير عليها لاننا لو جهدنا عن توصية اساتذة فن الغناء بالابتعاد

عن كل خطأ وبملاة عقول تلامذتهم بالعالم الفني الصالح .
وقد ينبجم الخطأ في وضع الصوت عن الآلية التنفسية التي تتألف منها القوة
الحركة للصوت كالشدّة والارتقاع وهذا ما نشاهده كثيراً في أعمالنا اليومية . ولا
بدّ لما من ابداء ملاحظة أخرى نراها حرية بالابداء وهي كيفية توافق الحركات
الصدرية والبطنية فقد يحدث ان الحجاب الحاجز لا يتبع بحركته حركات الاضلاع
او انه لا ينخفض في اثناء الشهيق ولا يرتفع في اثناء الزفير او انه ينهي عمله بسرعة
زائدة او ببطء شديد فينبجم خلل التطابق هنا عن عدم التوافق بالحركات التي لاتناسب
الوظيفة التنفسية . والتهابات الخنجرة العقدية المزمنة المستعصية على كل علاج هي حالة
من الحالات التي تصيب حناجر المغنين وليس سببها الا الخطأ الواقع في آلية التنفس
وان هذه الافات ثلاثى متى اصلح الغلل الموجود في التنفس ووجد التوازن بين
ثقلص عضلات الخنجرة والبلعوم وقوة الهواء الزفيري لان الهواء يكون في الصدر
مضغوطاً معيناً متيناً ولا يزال محافظاً على درجة انضغاطه هذه منذ البده
بالكلام والغناء حتى النهاية ويجب الا تبدي الاوتار الصوتية وعضلات الخنجرة
والبلعوم كافة مقاومة تقوى قوة تيار الهواء الزفيري والّا تكون قوة الهواء غير مناسبة
للاتقباض العضلي والا اختل التوازن وبدت على المنشد امارات التعب السريع .
وتوجد طريقة أخرى للتنفس ينشأ منها ايضاً خلل في لحن الصوت وفي العضو المهتز
وهي استعمال الهواء الاحتياطي في اثناء الغناء لان المغني اذا لم يتنفس لنفساً تاماً
يضطر الى اجهاد نفسه في آخر كل جملة ويستخدم الهواء الذي يبقى مدخراً في صدره
بعد الزفير لانها جملة فيخفض اضلاعه ويضغط جدران صدره ضغطاً شديداً
فيصبح الهواء المنحصر في صدره مضغوطاً ويلجأ المنشد الى هذه الطريقة الاستثنائية
حين استعمال الجمل الطويلة او متى اتسعت العلامة الموسيقية فيؤدي اشتراك العضلات
المساعدة على هذا العمل الى حصول تغير في لحن الصوت فيصبح مترجرجاً غير ثابت
وشابه صوت الاشخاص المصابين بالبرحيم لا يمكن المنفاخ من تأدية عمله تأدية
منتظمة .

وقد يتبع بعض المغنين هذه الطريقة ظانين انها تزيد في سعة الرئة وغير عالمين
ان القوانين الامامية التي تدير وظائفنا الحيوية تسن طبقاً لبناء الأعضاء التي يتركب

منها الجسم البشري وليس بمقدور هذه القوانين ان تختلف او تتعدل عما وضعت له وذكر الأستاذ (كارلوياسي) انه لاحظ هذه الخطيئات في بعض المغنين الذين يتمنطقون بجزم مرنة ومشدات وتستثنى من ذلك النساء اللواتي اعتدن لبس المشد لان هذه المادة فيهن تكون متغلبة : فتفقد عضلات الجذع مرونتها ولا يعود المغني قادراً على الغناء ان لم يتمنطق بمشد فيعود المشد الذي كان سبباً للضعف الدواء الناجع فيصح فيه قول الشاعر : ودوائى بالتي كانت هي الدواء .

وعدا ذلك فان نوع التنفس في الغناء يؤثر في وضع الحنجرة وحركتها . ان الرغامى والحنجرة تتبعان في الحالة الطبيعية الحركات التي يحدثها في الرئة التنفس العميق الخاص بالغناء اي انهما تنخفضان في الزفير وتأخذ الحنجرة في الشيق . الوضع المناسب للعوا المراد ولهذا يسهل علينا ان ندرك النتائج الوخيمة التي تنشأ من التنفس السيئ وهذا التنفس يسبب ايضاً تشوشات دورانية في العنق فتنتج اوردته وتضخم غدته الدرقية ويتبيخ الوجه وينتأ الصوت تنقص رنته ووضوحه وقوته نرى الحنجرة ايضاً قد اشتركت بهذه التشوشات التبيغية فتتلف بنيتها التشريحية وتختل حركاتها وصفوة القول ان هذه التشوشات جميعها هي نتائج سبب واحد ولا مهرب منها وهي شبيهة بمحلقات سلسلة واحدة متصلة احدها بالآخرى .

واختلال وظيفة الحنجرة يظهر جلياً بالتبدل الذي بطراً على نقر الصوت ولكن ماذا نعني بنقر الصوت ؟ انه شبيه بقرق اوتار الالات الموسيقية فكم من مرة نطرب لسماعنا قرق أحد العوادين أو الضاربين على الرابة دون ان ندرك السر الذي يدعونا الى الطرب ولكننا نكتفي فقط بالاعجاب مقرين لذلك الموسيقي بالفن والمهارة ، نقر له بانه يلعب بعواطف السامعين ويشيرها ويدعوها الى التنبه . فاذا كانت البراعة في النقر على اوتار آلة موسيقية تستدعي خفة في الانامل الناقرة فكم يستدعي حسن الصوت وصفاءه من اللطافة في تقلص الاوتار الصوتية وتقاربها وتباعدها وتموجها متى مرت بها الجاري الهوائية المتدفع من الرئة ؟ .

وانما نميز ثلاثة انواع في نقر الصوت اولها النقر والمزمار مغلق وثانيها النقر والمزمار منفتح وثالثها النقر الطيف . ولكن بماذا تمتاز هذه الانواع الثلاثة وما هي تأثيراتها في طبيعة الصوت وسلامة الحنجرة ؟ .

النقر والمزمار منطلق : يمتاز بقلص الاوتار الصوتية ثقلاً عنيفاً وبضرورة تغلب الهواء على هذا القلص بضغطه اياها من الاسفل الى العالي ضغطاً شديداً فيكون التأثير الذي يحدته ذلك الصوت في اذاننا شديداً بصوت الانفجار ومشابهاً للصوت الذي تحدته الشفتان في لفظ حرف (P) الفرنسي الداكن . وهذا النوع من النقر متعب للأوتار الصوتية ولا يستعمله المتكلمون الا متى ارادوا اظهار عاطفة اظهاراً جلياً ونبيه السامعين اليها او متى اراد الممثلون ان يسترعوا افكار الحضور ويلفتوا انظارهم الى قضية هامة ولهذا نرى ان الممثلين الذين يكثر من استعمال هذا النوع في تمثيلهم يضطرون بعد قليل الى خفض صوتهم واخذ نفخة اخرى تبين كل المبانيعة نعمتهم الاولى وما ذلك الا لأن اوتارهم الصوتية تكون قد احمرت وتيبغت وغشمت طبقات من المواد المخاطية فينكسر صوتهم اضطراباً .

النقر والمنفاح منفتح : يمتاز بنقارب الاوتار الصوتية بعضها من بعض مع بقائها متفرجة بعض الانفراج فيحمر الهواء من تلك الفرجة قبل ان يتكون الصوت فتحصل حينئذ نفخة خفيفة كما لو لفظ حرف (H) الفرنسي قبل ان يصدر الصوت . وهذا النوع من الغناء يلحق ضرراً جسيماً في آلة الغناء اي الحنجرة . لان قسماً كبيراً من الهواء يضيع ولأن قلص العضلات الصوتية يكون شديداً ومتعباً . وتكون الاوتار الصوتية في هذا النوع بيضاء منتظمة الحوافي ولكنها تصاب ببعض الشلل حين صدور الصوت .

ان الذين يمارسون هذا الطرز في غنائهم ولا يصفون الى النصائح التي تسدى اليهم يجنون على انفسهم ولا يلبثون بعد بضع سنوات ان يتركوا مهنتهم لأن حنجرتهم تصاب بالكلل فيضطرون الى الصمت الطويل .

النقر اللطيف : يقوم بقلص الاوتار الصوتية واندفاع الهواء الملقى في آثر واحد . فيكون اللحن لطيفاً عارياً من تلك الخشونة التي رأيناها في اللحن الاول ومن تلك النفخة التي سمعناها في اللحن الثاني . وهذا اللحن لا يضيع فيه شيء من قوة الاوتار المتقلصة ولا من الهواء الخارج ولكن الموازنة تبقى محفوظة بينها الامر الذي لم يكن موجوداً في النوعين الاولين . ان امهر الممثلين والمغنيات في ايامنا يتبعون في غنائهم هذا اللحن الاخير . فيحافظون على تلك الهبة التي وهبها مسدة

طويلة ولا يحملون حناجرهم ما لا طاقة لها به ، وهذا هو سر النجاح لأن التفوق الموقت لا يمدّ نفوقاً فهو لا يلبث أن يزول تاركاً للمسرفين الندم حين لا ينفع الندم اما عيوب الفناء من الوجهة الفنية فليس لها ان تقول فيها شيئاً لانها من اختصاص الموسيقيين اذ ان لكلٍ حداً يقف عنده فكما ان الموسيقي يدرك الالخان الكاذبة دون ان يعلم لها سبباً في الحنجرة فكذلك الطبيب يدرك تبدلات الاوتار الصوتية دون ان يهتم بتلك الالخان المشوهة الا بما يقوده اليه تشخيص الآفة .

وان لكل امرئ رأياً خاصاً في استحسان الالخان او استهجانها فكما ان اذن العربي تطرب للألغام العربية فان اذن الاوربي لا تطرب لها ولعلها تمددها مستهجنة ومها يكن فان الفن الموسيقي لا تزال فيه الفوضى ضاربة اطناها من الوجهة الطبية لان الموسيقي لم يستمد من الطب ما يضمن لذلك العضو اللطيف سلامة طويلة .

واذا نحن ضربنا صفعاً عن ترتيب التشوشات التي تطرأ على الالخان لأن هذا يخرج بنا عن موضوع بحثنا فلا بد لنا من ان نذكر ان الصوت نوعين من الثبرات اولها الثبرة الشخصية وما هو الا قسم من صفات الشخص كما ان لون الشعر صفة من صفاته وثانيها الثبرة المكتسبة ويمكننا ان ندعوها بثبرة العاطفة والتأثر وهي لا تقل اهمية عن الاولى . هذه هي الثبرة التي يتصف بها الصوت حينما نحررنا عاطفة شديدة فاذا كانت العاطفة عاتفة ألم وحزن او اسف خفت الصوت وتخن وترجعج او كانت العاطفة عاتفة فرح ولذة علا الصوت وصفاً . وان الثبرة الشخصية الاساسية تؤثر فيها ثبرة العاطفة فتقللها من حال الى حال فلولم يكن الصوت جميلاً وحركته عاطفة حقيقية لعاد تأثيره شديداً . وان هاتين الثبرتين اللتين نناشيان حالات شخصية خاصة وشروطاً عصبية عضلية معينة في الاعضاء الصوتية قد تجدان في الممارسة تعليلاً وتطبيقاً ببدلان جوهريهما فتنشأ العيوب الصوتية التي تشين اللحن .

واذا جاز لي ان اصف احتياج المنفي الى الطبيب الاختصاصي وجب عليّ ان اقول ايضاً ان نتائج عمل الطبيب والعقائل التي تتعرض لها الآلة الصوتية تختلف باختلاف الازمان التي تمارن بها تلك الآلة اللطيفة . تمارن الحنجرة قبل البدء بالتعلم وفيه او بعده .

ان المعالجة قبل اتخاذ الفناء مهنة قد تكشف لنا عدم التناسب بين الزمار

والمنفاخ او بعض الموانع في القطع العلوية من الطرق التنفسية كالاناميات الشبيهة بالغدة ، وضخامة القرينات واللوزتين ووجود المرجلات (بوليب) المخاطية او انحراف الوتيرة (حجاب الانف) مع ان الحنجرة تكون سالمة . ففي الحالة الاولى لا يمكن استاذ الغناء من ان يدرك عدم التناسب الموجود بين الرئة والحنجرة لانه من اين له ان يعلم ان تلميذه رحب الصدر قوي الرئتين من جهة . وانه ضعيف الحنجرة صغيرها من جهة اخرى وان اوتاره الصوتية دقيقة لطيفة فاذا لغاضي الاستاذ عن ارسال تلميذه للمعينة قبل قبوله عرض اوتاره الصوتية لتيارات هوائية شديدة قد تؤدي الى ضياع صوته بعد بضعة اشهر

واما في الحالة الثانية فيجب ان تزال الموانع المذكورة لأن ازالتها في هذا الدور لا يغير لحن الصوت وطلوته ولكن الامر لا يعود كذلك بعد البدء بالغناء وقد نقف نحن معشر الاختصاصيين مبهورين ازاء حداثات كهذه ومترددون متى استشارنا اشخاص من ذوي الاصوات الجميلة المحككة الوضع . في كانوا مصابين بضخامة اللوزتين ولا نعلم ما اذا كان يترتب علينا ان نقطع هاتين اللوزتين الضخمتين او نرفض ذلك لاننا نجعل ما عساه ان يكون تأثير ذلك القطع في تغير لحن الصوت ووضعه لاننا نكون قد عرضنا انفسنا للوم اذا نحن كننا سبباً في تبدل ذلك الصوت الرخيم ودفعنا ذلك الشخص الذي يطرب بفنائه سامعيه للحزن الدائم والياس مدة الحياة .

ومهما يكن الامر يترتب علينا متى وجدنا عدم تناسب ان نوقف استاذ الغناء ببساطة خاصة نبحث بها اليه على حالة الحنجرة وحجمها صغيرة كانت او كبيرة وعلى متانة الاعضاء الصوتية وحالة المنفاخ والتجاويف الرنانة لكي يسترشد الاستاذ بافاداتنا هذه ويستخدم صوت تلميذه حسب طاقة حنجرتة وحتى وجدنا موانع يجب علينا ان نزيلها لان بقاءها يسد التجاويف الرنانة ويذهب بطلاوة الصوت ويخفزه وقد يؤدي الى اختلال في الاذن تقضي على مستقبل المنشد لان الاذن التي اختل معها لا تعود قادرة على ضمع الا لحن جيداً فيرفع المنشد صوته حين يجب ان يخفزه والعكس بالعكس .

غير ان الغنيين لا يهرعون الى الاختصاصي الا في ظهري في حناجرهم علامات التعب او اختلت انوفهم وحناجرهم او بلاعيمهم الواقعة خلف الحفرتين الانفييتين فيصعب

الشفاء حينئذٍ أو يستحيل وقد عاينت اليوم شاباً شكاً لي نعباً في صوته وعجزاً عن الغناء منذ أربعة أشهر وقد أفادني أن صوته يسير من ميء إلى أسوأ حتى أنه لم يعد يقوى على اكمال اللحن الذي يبدأ به ولا على ابداء الاصوات الحادة وكثيراً ما يشعر بضيق نفس وبزكام متقطع متكرر فوجدت لدى معاينته ان انفه مصاب بضخامة وحنجرتة صغيرة ومنفاخه متين وصدره واسع . يوجد اذن تباين او عدم تناسب بين مزماره ومنفاخه فاشترت عليه ان يحسن استعمال صوته وظهرت له كيفية ذلك فأجاب ان رئيسه اوصاه برفع صوته ما امكن لان رفع الصوت حسب زعمه يعيده رخيماً بيد ان خفضه يزيل منه تلك الطلاوة .

اما تلامذة المدارس فلا حاجة الى معاينتهم الا متى ظهرت فيهم بعض العلامات كالبلحة من وقت لآخر بعد الالتقاء او الانشاد او اضطراهم الى قشط حلقومهم قبل اخراج الصوت او الى السعال والتنخم ومسك حلقومهم للعجز الذي يشعرون به في اثناء الكلام وكثيراً ما يحتاج المنشد الى تغليظ صوته ليكون واضحاً لأنه لا يقوى على اخراج الاصوات الحادة فكل هذه العلامات ممت صغيرة تدل دلالة كافية على ان المنشد يخطئ استعمال صوته وتنبى استجوبنا المريض فجلت لنا هذه الاختلالات الوظيفية بأجلى مظهر وثبت لنا حصول التعب في الصوت . واذا لخصت الحنجرة حيناً بلفظ المريض حرفي (E) او (I) . الفرنسيين نرى ان الوترين الصوتيين مرتحيان وان لونها خاسف ضارب الى الاحمرار وتحقق الاذن المتضرمة ايضاً ان لحن الصوت متغير فكل هذا ناجم عن وهن الوترين الصوتيين ازاء التيار الهوائي وقد تظهر على الخافة الحرة للوتر الصوتي مادة مخاطية لزجة متجاية اللون وملصقة بتلك الخافة .

فاذا حللنا العلامات المذكورة في هذا الدور علمنا انها ناجمة عن امرين احدهما عدم وضع الصوت في وضعه الحسن والاخر خطأ التلميذ نفسه لان الصوت ولو وضع في الوضع المناسب لا يظل حسناً لان ذلك المنشد ينهكه بارهاق حنجرتة وتكليفها بما لا طاقة لها به فنظهر يوماً في ذلك المريض سبب تافه مؤهل كالتعرض للبرد او للرطوبة بجهة معلنة ذلك الانزف والتشوش .

والحكيم من يقنص بصوته بعد اكمال دروسه ومن لا يندرم ادخره من القوة

لانه بمخاطفه هذا بأمن الوقوع في هوة الخطأ الصوتي و يتلافى سائر العوارض سنوات عديدة دون ان يصاب ببحة او يحتاج الى الاختصاصي غير ان الامر لا يتم على نحو ما تقدم فان السواد الاعظم من المغنين يخرجون من ساحة الغناء بعد نزولهم اليها ببضعة اسابيع فيشعرون يوماً بالاختناق صوته ثم تعثر بهم بحة حين نهوضهم من النوم . فيهرعون الى الاختصاصي مستشفين من دائهم وناسبين كل هذه الاعراض الى برد تعرضوا له منذ يومين او ثلاثة ايام فاذا صدق الطبيب كلامهم ونسب الامر الى التهاب حنجري بسيط سببه البرد كان مخطئاً ولا بد للطبيب في هذه الحالة من خبرة طويلة تمكنه من كشف هذه الحالات الخفية لان ما اصاب المريض ليس التهاباً جاداً وانما هو آفة مزمنة ناجمة عن ارهاق الحنجرة لانه لو عاين الانف وقطعة ما وراء الحفرتين الانفيتين من البلعوم والحنجرة لم يَرَ فيها اثرًا للآفة الحادة وانما يتحقق التعب في الوترين الصوتيين اللذين يرتحيان ويقتربان للتعقد الذي اصابها واسهتجواب المريض الدقيق يثبت ان وضاعة صوته ورخامته قد زالتا ولا سبب احين النهوض من النوم ويعترف بانه عاجز عن ابداء الاصوات الحادة وانه يسعل ويتقشع فاذا اكتفى الطبيب بمعالجة الآفة الحادة الموهومة زاد في الطين بلة ولم تجد معالجة تفعا لان واجبة الاول النصح للمنشد بالانقطاع عن الغناء وايضاح الخطر الذي يهدده وهو ضياع صوته ومضى استراح المريض استراحة مطلقة وعاد اليه صوته اشار عليه باستعماله حسبا نسمع له بنية جنجرتة

واما اذا اتى المغني بعد ان اتلف صوته كل الانثلاف واصيبت اوتاره الصوتية بالعقد او المرجلات (Polypes) فعلا نفيد المعالجة الدوائية في هذا الدور الاخير معها كان نفعها .

واا العمليات فيترتب علينا ان نجريها بكل تحفظ لأن المغني ينسب كل ما يطرأ على صوته من التبدل الى عمل الطبيب . لا ينكر ان الراحة قد تفيد بعض الفائدة الموقفة ولكن الحقيقة الراحة التي لا مرء فيها هي ان ذلك الصوت سائر الا الاعماء .

ومعما سميت مكانة الاختصاصي لا يحق له ان يتجاوز حدود شعبته ويشير على المغنين بترك هذا الفن واتباع ذاك لان هذا الامر من اختصاصي اساتذة الغناء

انفسهم وانما عليه ان ينصح نصائح علمية فقط وان يوضح لهم الحالة السيئة التي توجد فيها الاوتار الصوتية وانها سائرة الى التلف بسبب رداءة الغناء وعليه ان يحذرهم من سوء العاقبة اذا ثابروا على ما هم عليه و يوصيهم بالراحة وعدم التعب .
وصفة القول انه يجب على الطبيب الاختصاصي ان يمتنع كل ما لا فائدة منه في مداواة الصوت في المغنين والخطباء والممثلين لان الحنجرة فيهم قد اسيء استعمالها وأرهقت فهي محتاجة الى الراحة المطلقة الى تعليم مقبل لا ينهك حناجرهم وهذا هو أس المعالجة والسلام .

المآخذ

- ١ — محاضرة القاها الاستاذ (جورج كانويت) في ٢٤ تشرين الاول ١٩٢٤ في قاعة مستشفى الاطفال للمربين والمربيات حينما كنت في جامعة اسنراسبورغ .
- ٢ — الغناء والعلم للاستاذ (جورج كانويت) نشرت في مجلة امراض الاذن والانف والحنجرة الصادرة في بوردو في ٣٠ تشرين الثاني سنة ١٩٢٢ الجزء ٢٢
- ٣ — عمل المتخصصين في مهنة الغناء نشرت في مجلة امراض الاذن الصادرة في بوردو في ٣١ كانون الثاني سنة ١٩٢٣ الجزء ٢
- ٤ — عسرة الصوت الوظيفي في المغنين للاستاذ والاختصاصي (كارلو پياجي) نشرت في مجلة امراض الاذن الدولية الصادرة في كانون الثاني سنة ١٩٢٥ الجزء ٤



الفنوق وعملياتها الجراحية

في الرضع والطفولة الاولى

للحكيم مرشد خاطر امتناذ الامراض الجراحية وسريرياتها



كثيراً ما يسألنا الآباء والامهات عما اذا كان ابناؤهم مصابين بفتق وعن الوقت الذي يجوز به اجراء العملية الجراحية .
وقلما تكون اجوبتنا متشابهة لأن بعضنا لا يميز الجراحة قبل السنة الخامسة او السادسة لا بل قبل السنة الثامنة او العاشرة والبعض الآخر يميزها في كل وقت متى ظهرت له ضرورتها ولا عجب اذا التقت اجوبتنا المتباينة اولئك الآباء في الحيرة وقللت ثقتهم بالطب وابنائهم . ولما كنا ممن يعتقدون بوجوب اجراء العملية في اي سن من الاسنان متى قضت الحاجة وكنا قد طالعنا للحكيم (اندره مارتن) جراح مستشفيات باريس مقالة بهذا المعنى فوجدنا رأيه مطابقاً لرأينا جئنا نبحت في هذه العجالة عن الاسباب التي تدعونا الى اجازة العملية ونبين الاوقات التي نفضل بها الجراحة على سواها .

اذا هملنا الفتوق التي قد تختنق في الاسابيع الاولى من حياة الرضع وتستدعي الاسراع الى العملية الجراحية بلا ابطاء او تردد لأن هذه الحالة لا يختلف في معالجتها الجراحية اثنان قلنا :

اما ان تظهر الفتوق منذ الولادة او في الاشهر الاولى بعدها . واما انواعها فاليكها مرتبة حسب كثرة حدوثها :

الفتوق الاربية (Inguinales)

السرية

الفخذية (نادرة)

الشرسوفية (Epigastrique)

١- الفتوق الاربية : كثيراً ما تكشف الام وهي تنظف ولدها

ولا سيما متى بكى وربما في الصنف او انتباجاً في قناة الاربية (Canal inguinal) فتشك في الفتق وتستشير الطبيب فيثبت لها ان ما شككت فيه هو الواقع غير ان حالة الفتق التي يراها تختلف ومعالجتها كذلك .

أ = فاذا كان المصاب رضيعاً متبعاً في نموه الحالة الطبيعية وكان فتقه جيداً او مزدوجاً وكانت القناة الحليية القميصية (Canal -

péritoneo vaginal) لا تزال مفتوحة وعضد (جدار) قناة الاربية مرتفعاً وكانت السبابة بثنيها جلد الصنف تصل حتى القوهة الظاهرة لهذه القناة وتشعر انها متوسعة غير انها لا تمجد فيها ثرباً ولا مميّ وجب في هذه الحالة ان يعالج الطفل بالرباط الفتقي وان تترك المعالجة الجراحية جانباً على ان يكون هذا الرباط مزدوجاً (اي مصنوعاً لفتق خارج من القناتين) ولو كان الفتق الذي أصيب به الرضيع واحداً لأن هذا الرباط المزدوج يضبط الفتق جيداً ويجب ان يكون الرباط مصنوعاً من المطاط وان يوصى اب الولد واما بمراقبة الرباط مراقبة دقيقة ومعاينة الجلد دفعاً لحصول سحبات فيه . وان يأتي بالطفل مدة بعد

اخرى ليراه الجراح لان انسداد القناة الخلية القيصية من تلقاء نفسها ممكن في الستين الاولوين من الحياة .

ب - اما اذا كان الفتق قد وصل الى الصفن وملاء وهذه هي الحالة الثانية وكان حجم الفتق كبيراً ومتوتراً ولم تعد الخصية تجس جيداً الا ان الفتق لا يزال قابلاً للرد مع حس ارتعاش او جفيف في اثناائه . فتكون فوهة القناة في هذه الحالة متوسعة توسعاً كبيراً ويكون الطفل ولا شك متأماً من فتقه .

يجوز حينئذ التربص اذا لم تطرأ عوارض معوية معدية لا بل الانتظار ريثما يبلغ الولد السنة من عمره مفضل على الجراحة . الا انه لا يتخفى ان هذا الكيس الغنقي يحتوي دائماً قطعة كبيرة من المي الدقيقة وكثيراً ما يكون فيه الاغور والذيل الدودي الذي قد تبديل بعض التبدل فاذا كان هذا واعتبرت الطفل عوارض دالة على التشوش الهضمي وجب اجراء العملية الجراحية . لأن الولد لا تصلح حالته العامة الا بعد اجرائها ولأن العملية سهلة في الغالب .

غير انه لا بد لنا من التذكير ان التحذير يجب ان يكون خفيفاً وخير مخدر في هذه الحالة مزيج شليخ (Schleich) وان الحرارة تعلو بعد العملية مهما اتقن صنعها ولو لم تطرأ بعدها اضراف وقد تصل حتى ٤٠ - ٤٠.٦٥ وهذا ما يدعو الى لف الولد بالشراشف المبللة بالماء البارد والى تقطير المصل قطرة قطرة في شرحه منذ الساعات الاولى التي تعقب العملية .

ويشفي الجرح في الغالب بدون عارضة على ان يغطي شاش مبلل

باللاصق (Adhésol) او الستارازول (Stérésol) حذراً من تلوثه بالبول .

ج — واذا كان الفتق غير محتق غير ان رده التام متعذر او رده القسبي مستصعب وكانت معايته تؤلم الطفل فيصرخ صراخاً شديداً دالاً على ألمه يجب حينئذ ان يلجأ الى العملية الجراحية لان إيلام هذه الفتوق في الطفولة الاولى يكفي لدعوة الجراح الى المعالجة الجراحية .

وقد يلتبس الفتق بكيس الحبل المنوي المتوتر الحساس الذي يغطيه خلد وردي اللون غير ان هذا الكيس لا يزداد حين صراخ الطفل وجهده . يرتأى الجراح مارتن في هذه الحالة اجراء العملية الجراحية وانسا تقاسمه رأيه لأن هذه الفتوق كثيراً ما يكون فيها الاغور ملتصقاً او الذيل الدودي مغتولاً او مصاباً بكيس عند طرفه وكثيراً ما يصعب الفتق هجرة الخصية ايضاً .

وهذه الفتوق لا تشفى مطلقاً من تلقاء نفسها مهما اعتني في وضع الرباط عليها لا بل وضع الرباط في هذه الحالة يؤدي الى رض الاعضاء الموجودة فيها والاضرار بها . فالانتظار حتى السنة الثامنة او العاشرة لا ترجى منه اقل فائدة .

٢ — الفتوق السرية : تشاهد كما تشاهد الفتوق الاريسة في الاشهر الاولى التي تعقب الولادة . فيبدو ورم في ناحية السرة قابل للرد وقلماً يؤلم رده . ففي هذه الحالة يقضي علينا المنطق بالانتظار حتى السنة الخامسة او السادسة لان الانسداد قد يقع لا بل يجب ان يتم ولا يشار بالعملية

الجراحية الا بعد ان يكون قد وضع الرباط على سرّة الطفل بضع سنوات و بقي الثقب متسعاً واما الرباط فبسيط للغاية : قطعة مدورة من القوتى أو قطعة من العملة المعدنية تلف بقطن وتثبت بشر يطين حول خصز الولد ويجوز ان يكون هذا الرباط من المطاط وان يستعاض عن قطعة المعدن بكرة صغيرة من المطاط ايضاً ويشار بالعملية متى كان الفتق غير قابل للرد واشعر ان الثرب ملتصق بكيس الفتق في الخارج غير ان الحالة نادرة ولا سيما في البنات .

ويجب ألا تمحو العملية انخفاض السرة وانما يصنع شق هلالى تحتها محافظة على منظر البطن وبقائه طبيعياً .

ويجب في معالجة الفتوق متى كانت غير جراحية ان ينظر ايضاً الى حالة الطفل العامة لأن هؤلاء الأطفال كثيرأما يكونون مصابين بالكساح وتكون بطونهم متوترة وعضلاتها مرتخية فمعالجة الكساح فيهم ضرورية وتنظيم غذائهم امر لا مندوحة عنه

٣ — الفتوق الفخذية : يندر وقوعها قبل السنتين السابعة والثامنة وهي

لا تشفى بدون عملية جراحية ويجب ان تعالج هذه المعالجة منذ وضع التشخيص ولا بد من التذكير بان المثانة قد تكون منفتحة في هذه الفتوق ولا سيما في البنات .

٤ — الفتوق الشرسوفية : اشار مارتن في مقالة سابقة نشرها الى ان

هذه الفتوق كثيرة الوقوع خلافاً لما كان يظن سابقاً وان عدداً عديداً من الأطفال الذين يعالجون لتشوشات معدية معوية ليسوا الا مصابين بها . ولا يكون

تشخيصها في الغالب الا صدفة لان حجمها صغير فلا يشعر بها الا بالجلوس ولانها ورم ليفي أمام الخلب (البريطون) لا يؤثر فيها الرباط ويندر ان يكون الخلب قد شكل رتجاً في هذه الفتوق .

يجب ان تعالج هذه الفتوق معالجة جراحية لان شفاءها من تلقاء نفسها نادر وهي ان لم تسبب في الطفل كما في البالغ نوباً مؤلمة مبيت غشائياً وقيئاً وتشوشات معدية معوية .

النتيجة :

الفتوق الاربية : متى كانت بسيطة تؤجل عمليتها الجراحية حتى السنة الخامسة او السادسة ومتى كان الكيس مملوئاً والفتق قابلاً للرد تهجر العملية في نهاية السنة الاولى ومتى كان الكيس مملوئاً والفتق غير قابل للرد تجرى العملية في الحال الا اذا كان في الحالة العامة ما يمنع ذلك .

الفتوق السرية : تعالج معالجة جراحية في السنة الخامسة .
الفتوق الفخذية والشرسوفية : تعالج معالجة جراحية متى شخصت .



الصيدلة في الزراعة

«٤»

للصيدلي عبد الحميد قنباز (حماة)

تجفيف العقاقير البسيطة وحفظها

Dessiccation et conservation des Drogues simples

ان جميع النباتات المتعضية التي نقطع حياتها تختمر بعد مدة قليلة ثم تتحلل وتفسخ وسبب تغيرها واختارها هو العضويات الصغيرة الحية او بذيراتها او ما نقرزه هذه العضويات من الخميرات (Diastases) وتحتاج الخميرات الى الماء في تأثيرها بالمواد القابلة للاختار والى حرارة مناسبة ، وواكسيجين الهواء . فاذا عزلت هذه المواد المتعضية عن تأثير هذه المؤثرات جميعها او عن قسم منها تأخر نضجها وفسادها وربما امتنع . فاستناداً على هذا الاساس تستعمل الامور الآتية في حفظ المواد القابلة للاختار كالعقاقير النباتية مثلاً : التيبس ، التبريد ، التمليح ، التدخين ، حفظها من تأثير الهواء ، استعمال المواد الكيماوية المضادة للتغفن .

وبما ان التيبس هو الوسيلة الوحيدة في سائر الصيدليات ومعامل الادوية في حفظ العقاقير نكتفي بالكلام عنه فقط .

ان جميع العصارات المؤثرة والمواد الفعالة التي تحتويها النباتات تكون

منحلة في ماء النبات وموزعة بين ذراته . فاذا تبخر هذا الماء بقيت تلك المواد الفعالة والعصارات في انسجة النباتات جافة دون ان يطرأ عليها تغير او تبدل محافظة على تركيبها كل المحافظة كأنها في حال نصارتها وطراوتها وهذا هو اساس التجفيف .

والتجفيف وسائل عديدة منها الهواء الطلق والميسات والتأثير المساة (Touraille) وهي نور مسقوف مبطن بالمعدن يحى ويستعمل لتيبس بعض النباتات المستعملة في مصانع الجعة ويستحسن ألا يؤثر لونه في لون النباتات الميصة فيه ورائحتها .

اما الميسات فهي غرف واسعة تبني في محلات مرئعة غير معرضة لأشعة الشمس مباشرة كثيرة الكوى . تغلق ابوابها ايام الشتاء القساء للبرد وفي الصيف حين اشتداد الحر ؛ ولها ايضاً نوافذ كثيرة متحركة يمر بها الهواء الجاف ، اتجاهها في بلادنا الى الجنوب والشرق لأن هاتين الجهتين مصدر الهواء الجاف عندنا .

وقد يستعير الصيدي عن تلك الغرف الواسعة بالمجففات المسخنة بالهواء الحار وهي تتألف من باب وجدران ثلاثة مبنية من الاجر وفيها طبقات عديدة مكونة من قضبان حديدية عليها شبكات حديدية ايضاً مربعة الشكل كالناخل متحركة توضع فوقها النباتات التي يراد تجفيفها . وتسخن هذه المجففة بجمرة تساق اليها بأنابيب معوجة تحيط بها من جميع اطرافها فتكون عظيمة التأثير في المواد الموجودة فيها فتجفف بوقت قصير .

ويوجد نوع من المبيسات أبسط من الاول يسخن بواسطة طبقة من التراب المسحوق والقلم المسخن بلوح معدني متصل بمنبع حرارة كميلس بونتيه (Pontier) مثلاً .

نوضع النباتات المراد تجفيفها في المبيسة وننشر على سطح واسع ونقلب من حين لآخر بآلة خاصة كي تعم الحرارة جميع اجزاء النباتات على السواء او تربط النباتات حزماً وتعلق في المجففة ويجب الا تكون الحزمة متراصة كي تصيب الحرارة اجزاءها على السواء

وهناك طريقة اخرى لتجفيف النباتات وحفظ شكلها الطبيعي بدون تبدل او تغير وهي الدفن في التراب او الرمل الحار بدرجة (٤٠ - ٤٥) مئوية . المضاف اليه قليل من حامض الشمع (Acide stéarique) او بياض الحوت (Blanc de baleine) ولكن هذه القاعدة قليلة الاستعمال لانها بطيئة وتستدعي نفقات كبيرة وينحصر استعمالها في استحضار نماذج النباتات لمجموعات النباتات والحشائش وتوجد طرق اخرى للتبيس وذلك بامتصاص ماء النباتات في جو مملوء ببخار اثير الكبريت المصبوب فيه كلور الكالسيوم المذاب ونقي فئات البوتاس المذابة وظيفه الاثير بامتصاصها مياه النباتات . ولكن افضل المجففات هي المبيسات لأن نفقاتها قليلة ومدة التبيس فيها قصيرة جداً كما ذكر .

وتختلف كمية الماء في الاقسام المختلفة من النبات كما تختلف طبيعة هذه الاقسام وصفاتها .

ولذلك تبيس كل من جذور النبات وبصيلاته ، وازواره واوراقه ،

وقشوره وازهاره ، و بزوره واثماره على حدة وتراعى حين تبيسه الامور الآتية : فالجذور والسوق الزاحفة تسهل دمعصر وتجفف في الهواء ثم تفرد أقسامها الفاسدة عن الصحة وتلقى وتقطع عناقها ، وتجزأ أقسامها الكبيرة اجزاء صغيرة لكي لا تثبت ثم توضع على صفائح المبيسة او تعلق فيها تعليقاً ويجب ألا تعلق درجة الحرارة عن الخمسين مئوية لانها تؤثر في بعض الجذور وتختلف ما فيها من المواد الفعالة .

اما الجذور التي تؤثر فيها الحرارة وتختلف كجذر الفجل (Ralfort) والسوسن (Iris) والمان والسوس فتغمر في الرمل المسخن واذا كانت عطرية يجب ان تجفف في الرمل الساخن وليس في سواء

اما اللب فيستعمل رطباً كما هو الاصل العنصل وبصل اللقاح (Colchique) فانها يجففان بالنور . تلى خراشف العنصل الخارجية والطبقة الاولى السوداء المتشققة ويبقى على الطبقة المتوسطة الحاوية للمواد المؤثرة فتقطع قطعاً صغيرة وينبذ مركزها اللعابي لانه غير فعال ثم تنظم كحبوب المسبحة وتنتشر على صفائح المبيسة ويفرق لب اللقاح عن قشره الاسود ويجفف بالطريقة نفسها وتجفف السوق والخشب والقشور رأساً في الهواء الحار او في النور لانها لا تحتوي الا على قسم قليل من الماء الباقي . وتنتشر الاوراق بعد ان تجرد من سوقها في قفص وتيبس اما في نور او في مبيسة . وتختلف درجة الحرارة هنا بالنسبة الى كثافة الاوراق وما تحتوي به من الرطوبة . فأوراق المليسا والتنعاع والتارنج وما شابهها من الاوراق الرقيقة الرخوة تيبس في الدرجة ١٥ الى ٢٠ مئوية والاوراق القاسية التي

تحتوي كثيراً من ماء النبات تيبس في درجة اعلى من تلك وتجعل القمم
المزهرة حزمًا وتلف بورق لتحفظ من النور الذي يؤثر فيها ويغير لونها
وتركيبتها وتيبس اما في التنور او في غرف التجفيف كقمم النعناع الفلفلي
(Menthe Poivrée) والقنطار يون الصغير (Petite Centaurée)
وحشيشة الحوفار يقون (Millepertuis) وحشيشة اللبن (Caille - Lait)
واكليل الملك (حندقوق Mèlilot) والسعر .

وتيبس الازهار اصعب لانه يشترط فيه حفظ لونها ورائحتها . تفصل
الازهار عن الاقسام الاخرى وتمد بين ورقتين طبقات رقيقة ثم تيبس في مبيسة
او تنور مسخن بالشمس ويجب الا تنفذها اشعة الشمس لئلا تؤثر في الازهار
اما الاثمار فالمستعملة منها في الصيدليات ، اليابسة واللحمية فاليابسة
كحب الهال والانيسون النجمي (Badiane) تجفف بالطرق العادية لانفة
الذكر اما اللحمية كالتين والعنب والعناب فلا تيبس تيبسًا تامًا ولا تترك
غضة كثيراً بل يكتفى بتجفيفها نصف تجفيف لتحفظ من الدود والسوس
اما البذور فبما انها تجمع على الغالب بعد ان يتم نضجها فهي لا تحتاج
الا الى حفظها في محل جاف بعيد عن الحشرات ويستحسن حفظ البذور
الخشبية الغلاف في غلافها لانها تحفظ فيها زمناً طويلاً بدون تغير وبعد تجفيف
العقاقير حسبما تقدم توقي من العوامل التي تغيرها وهي كثيرة اهمها :

١- النور : لانه يزيل لون الاوراق والازهار ومواد كثيرة غيرها

٢- الهواء : لانه يكون سبباً لفساد الجواهر النباتية والحيوانية

ونفسخها بواسطة مولد الحموضة الموجود فيه .

- ٣ - الرطوبة لانها تلين انسجة العقاقير فيسهل فسادها وتفسخها .
- ٤ - الغبار والتراب : لانها يفسدان العقاقير بسبب الجراثيم الموجودة فيها . يجب اذن حفظ العقاقير في اوان لا ينفذها النور والهواء والرطوبة والغبار واحسن الاواني الموافقة لذلك اواني الزجاج الملون ؛ والصيني والفخار والخزف (والتذكير للازهار) على ان تكون ناشفة ومسدودة سداً محكماً فان تعذر وجودها او كانت لا تستوعب العقاقير المراد حفظها يستعاض عنها بصناديق او علب او براميل من خشب مطلي خارجها ومبطن داخلها بورق مغرى بغراء السمك الممزوج بالصبر (Aloès) والشاب (Alun) لتحفظ من الحشرات ويجب مع ذلك ان تستفقد مدة بعد اخرى او كل ثلاثة اشهر والا تهمل اكثر من ستة اشهر واذا كشف عنها وكان بعضها قد فسد او فقد لونه ورائحته او اكلته الحشرات بطرح ويحفظ ما بقي سليماً . ومتى رغب في حفظ كميات كبيرة من النباتات تكبس كبساً شديداً بعد جفافها حتى تكون حزمة عظيمة وتلف بقطعة من القماش فتحفظ من الهواء والرطوبة وان يكونا لا يوثران الا في ظاهرها فقط ، هكذا يحفظ تجار الجملة مقادير عظيمة من حشيشة الدينار (houblon) .
- وقد عرضت في معرض فرنسا العام سنة ١٨٥١ بعض نباتات طبية مضغوطة حتى اصبحت كأنها خشب صلب فهذه الطريقة تحفظ النباتات والازهار في حالتها الطبيعية ويجب ألا ننسى انه قد يطرأ بعض التغير على تركيب بعض النباتات بعد التجفيف غير ان ذلك لم يثبت ولا هو مما يستحق الذكر ولهذا فان اكثر النباتات لا يختلف استعمالها غضة كانت او يابسة الا بعض

نباتات الفصيلة الشقيقية (Renonculacée) كاللوف (Arum) والسماق (Sumac) فهي تفقد خواصها السمية بعد ان تجف .

ونفقد بعض النباتات قسماً كبيراً من قوتها المنتجة لزوال الماء والزيت الاساسي منها لانهما من خواصها الاساسية . ولكي تبقى في النباتات اليابسة خواصها الفسيولوجية اشار بعض العلماء نظير بوركلو وبارو وغورين بتجفيفها بعد ان تعقم في المم (Autoclave) كما هي الحال في جوز الكولا .

النخب (Triage) هو عملية غابتها فصل العقاقير عن الاجزاء المتغيرة والمواد الغريبة المصاحبة لها والاجزاء غير النافعة المغطية لها بالغسل والفرك او باي واسطة اخرى مثال ذلك : يغسل الصمغ العربي لازالة المواد الغريبة الملوثة على سطحه ولا سيما الخلاصة المرة الموجودة على ظاهره . ونفرك الجذور الملوثة بالتراب بشعيرية (فرشاة) او توضع في كيس وترج فتسقط منها اجزاء التراب العالقة بها . وتبشر بعض الجذور بالسكين كعرق السوسن الاسمر والخطمي وتفصل الجذيرات عن الجذور في البعض الاخر كعرق النجيل وبفضل في بعضها جزؤه المركزي . واحسن طريقة لفصل عرق النجيل هي تقطيعه بعد غسله قطعاً قطعاً طول كل منها بنحو ثلاثة سائتمترات وتجفف العيدان في فرن او في حرارة الشمس ثم نفرك بالايدي ونغربل .

ويجب تجريد الساق عن الاوراق والفشر عن الحشب وتفصل الذنبيات الزهرية عن جميع الازهار ونغربل الحبوب والبذور لفصل التراب وغلاف الازهار عنها وغير ذلك . « للبحث صلة »

صناعة السكر

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

ومع كل ذلك قد لا يخلو القرص حامل السكاكين ذو المحور العمودي من محذور اذا كانت السكاكين قريباً بعضها من بعض عند المركز او المحيط لأن لويحات الشوندر حينئذ لا تكون متساوية . لذلك اخترع ماغن (Maguin) قطعة جذور ليس فيها هذا المحذور وهي اسطوانة قطرها ١٢٠ متر وعرضها الداخلي القاطع ٣١٣٠ مركبة على محور افقي فيه ثنائي حوامل في كل منها ستة سكاكين متوازية مثني مثني ، مع لوح ناظم امام كل صف من صفوف السكاكين المتوازية . فالحوامل الثماني تحوي ٢٤ سكيناً عادياً او ٤٨ سكيناً بطول ١٦٥ مليمتراً ، في ٢٤ صفاً من صفوف السكاكين المتوازية مثني مثني .

ولما كانت السكاكين جميعها متوازية كانت سرعة دورها ايضاً متساوية . فالشوندر الموضوع على منتصف القطر تقريباً ، يجذب بمركة الاسطوانة الى موضع مكوّن من قطعة متينة من الحديد الصب او الفولاذ على شكل نُفَيْفَة (Virgule) وهنا يدفع دفعاً موازياً لنفسه بواسطة السكاكين القريب بعضها من بعض ويتجزأ الى لويحات منتظمة . السكاكين . — اما حوامل السكاكين المستعملة هنا فهي عبارة عن

اطار من الحديد الصب أو الفولاذ ثربط فيها السكاكين (بواسطة مسامير محمّوة) مع ادوات تسمى حامية الأشجار (Contre-lames) من شأنها ان تنظم مرور لويحات الشوندر . اما السكاكين فهي مثبتة بصورة تعلو بها اشجارها الحادة عن (حامية الاشجار) ويمكن تنظيم هذا الارتفاع حسب الارادة . فحينما تكون حوامل السكاكين في اسناخها المتناظرة يكون طرف السكين القاطع وحده نائثاً على سطح اللوح الدوار فيجزئ الشوندر الواصل اليه المدفوع بثقله فقط ، الى اجزاء متساوية

سير البطارية . - بعد ملئ الناشرات بلويحات الشوندر يغلق غطاؤها الفوقاني ويفتح اللولب الهوائي . ولنفرض الآن ان العملية بدأت عند ذلك يفتح صمام العصاراة الخاص بهذه الناشرة ، وصمام الناشرة الفارغة التي نلها .

فالعصاراة تمر الى المسخن (Calorisateur) من الاعلى الى الاسفل وتدخل الناشرة التالية من الاسفل الى الاعلى فتملأها فهذه العملية تسمى اصطلاحاً (الخضخضة Meicher)^(١) وحينما تخرج العصاراة من اللولب الهوائي يسد هذا اللولب وكذلك صمام العصاراة الخاص بهذه الناشرة ايضاً ويفتح صمام الاشتراك فجريان البطارية المنعكس في اثناء الخضخضة يعيد العصاراة الى موضعها تلك العصاراة التي مرت على لويحات الشوندر بالطريقة من الاعلى الى الاسفل ؛ بتأثير ضغط الماء الموضوع فوق الناشرة الاخيرة

(١) (Meicher) مأخوذة من كلمة (Meischen) الالمانية ولم نجد اوفى من

كلمة الخضخضة مقابلها بالعربية

المستنزفة (épuisé) الموجودة في نهاية البطارية (يستحصل هذا الضغط بواسطة دورق تحت ضغط مضخمة ما)

فالماء في اثناء جولانه ، يمر لويحات الشوندر الفقيرة من السكر وبذيت شيئاً قليلاً مما بقي منه فيها . وهذه العصارة الفقيرة تمر الى الناشرة التي تليها ومنها الى الاخرى وهكذا دواليك وهي تزداد من السكر حتى تصل الى لويحات الشوندر الطرية وتغمرها . وتسخن بعض الناشرات التي هي في وسط البطارية الى حرارة قدرها ٧٥° مئوية وتترك الجانبيات كما هي بدون تسخين . ويرسل من العصارة الى حوض القياس ، الحجم الذي يجب اخذه من كل ناشرة ثم يادر بخفضة الناشرة التالية ، بعد وضع ضغط الماء عليها ، في اثناء تفريغ الاخرى بواسطة الناشرة الاخيرة المستنزفة .

ولذلك يفتح غطاؤها الاسفل بضغط صمام موضوع في اعلاها بحيث تصل اليه يد العامل بسهولة ، فنسقط لويحات الشوندر في صهر يج ميني تحت البطارية ومن هنا تنقل الى المعصرة بواسطة دولاب خاص (Hélice) فتعصر فيها وتجرد من قسم كبير من المسك الذي تحويه ومع كل ذلك يبقى فيها ٨٩ بالمائة من الماء فتساق الى المزارع لعلف المواشي .

* البحث السادس *

تطهير العصارة

تأثير الكلس في عصارة الشوندر . — العصارة الخارجة من الناشرات تكون دائماً عكرة، بلون مشبع ومحتوية على اجزاء دقيقة بحالة معلقة . فاذا تركت لنفسها مدة لترقد فلا تلبث ان تختمر اختاراً لزوجياً يبدأ بالمواد المعلقة اولاً ثم بالمواد الذائبة في العصارة . لذلك يتحتم فصل هذه المواد المعلقة الغريبة سريعاً باجهزة عديدة تسمى بمجردة اللب (*épulpeur*) أبسطها ما أوصى باستعمالها اولار (*Aulard*) وهي تتركب من اسطوانتين حديديتين مثقبتين مولجة احدهما في الاخرى والمسافة الحلقيه الحاصلة بينهما مملوءة بنشارة الخشب . فالعصارت تمر من الاسطوانة الخارجية الى الداخلية فتجرد من الاجزاء المعلقة التي تبقى على السطح المرشح .

ومع ذلك نقول ان هذا الترشيح الآلي (الميكانيكي) غير شائع الاستعمال وان كثيراً من اصحاب المعامل تهمله تماماً لظنهم خطأ ان هذه المواد الغريبة تطرح مع الرغوة في اثناء عملية الاشباع بجامض الفحم (*Carbonatation*) فالعصارة المتجردة عن الاجزاء الغريبة تحتوي على السكر وعلى المواد اللاسكرية المعدنية والعضوية قليلاً أو اكثر مما يجعل استحصال السكر من العصارة مستحيلاً . ولذلك من الضروري ان تطبق على العصارة طريقة تصفية طبيعية كيمائية (*Physico-chimique*) لفصل قسم كبير من اللاسكر ونحو بل طبيعة القسم الذي لا يمكن فصله حتى تصبح درجة صعوبة تبلور السكر بوجود هذا القسم القليل ، في الحد الاصغر . ولم يتم

من بين المواد المظهرة العديدة التي جربت لهذه الغاية سوى الكلس (CaO) وخامض الفحم (C02) وحامض السلفور (So2) لفلة كافتها وتطهيرها للمصارة تطهيراً عظيماً .

وتقدر نتيجة التطهير بنسبة النقاوة (Quotient de pureté) المراد بها - في تحليل سائل سكري - نسبة السكر الى المائة من المواد المذابة جميعها التي لاعلاقة لها البتة بدرجة الاشباع . ولقد استبدل المسيو ساك (Sachs) هذا التعبير القياسي بقياس اصح منه يفيد نسبة المواد اللاسكرية الى المائة من السكر وسماه نسبة عدم النقاوة (Quotient d'impureté) ولما كانت هذه الامثال مستخرجة من حساب العناصر التي يتألف منها تحليل المصارة كان من السهل وضع جدول خاص للتوفيق بين هذه الامثال العديدة مما يمكن كل رئيس معمل ان يستعمل منه التعبير القياسي الذي يرغب فيه . ولا يفرق عن البال ان هذه التعابير ليس لها قيمة حقيقية الا في المحصولات المصفاة التي لم يطرأ تغير ما على ما فيها من المواد اللاسكرية . فمقايضة النقاوات في هذه الحالة تمكن من تقدير السكر المنفصل . ولكن تتعذر مقايضة نقاوة عصارة الانتشار بنقاوة عصارة معالجة بخامض الفحم لأن بين هذين السائلين فرقاً كبيراً من حيث اطراح المواد اللاسكرية وتغيراً كيميائياً في المواد التي يتركبان منها هذا عدا ان بعض الشولدر غير الطبيعي قد يحتوي على مواد لها قوة تدويرية هائلة تشوش تقدير السكر وبالتالي تعين النقاوة ، مع انها تطرح بعد معالجة العصارة بخامض الفحم ، والعصارة المصفاة بعد ذلك تنصف بقوة تدويرية عائدة الى السكر فقط .

فوتحوز تقاوتها ليست هي ، اذ يلتمس الحصاراة الانتشار وان كانت المعالجة بحامض
 الفوسفم قد طرحت منها ، بالمائة من اللاسكر . ولا توجد مصنع الانسف
 طريقة عملية سريعة لمعرفة طبيعة اللاسكر المختلفة ، قبل التذقية وبمدها .
 والناية من التذقية الكلسية الفحمية (Calcocarbonation) هي تعقيم
 الحصاراة الانتشار وترسيب اللاسكر منها وتحليل ما لا يمكن ترسيبه رأساً ،
 مما يمكن . فنعلم من اللاسكر لا يرسم إلا بوجود كمية كبيرة من العكاس
 الصبي بالبيضة القلوية الشديدة . اما المواد الاخرى فلا ترسم الا بالغليان
 فقط . وبالا طريقة اصالح من المعالجة المضاعفة بحامض الفوسفم (Double
 carbonation) فنصل بهذه المواد عن الحصاراة فللاولى تجري مية
 ضرورية ، مؤوية ويكون فيها المسائل قلوية شديداً وتؤخذ عنه الرغوة
 المنتشرة بالترشيح الجيد ويشبع بعد ذلك اشباعاً تاماً بغليه على حرارة عالية
 فمن المواد التي تكون مع العكاس مركبات غير ذوابة في البيضة القلوية
 نذكر حامض الفسفور وحمض الخماض وبعض حوامض عضوية موجودة
 في حصاراة الشوندر ، ومدار تحليل جيداً والبكتين والمتابكتين والمواد الشحمية
 الى غير ذلك من المواد التي سبق ذكرها في البحث الثاني عند الكلام على
 ثم يكتب الشوندر . ومن الحوامض ما يكون مع العكاس مركبات عسرة
 الذوبان ، كحامض الكبريت وحمض الصوان (Acide silicique)
 وبعض الحوامض العضوية لذلك لا تطرح تماماً بالمعالجة الكلسية . ثم ان
 يلزم نبات الخلقة (من لب الشوندر) بالحصاراة اذا اشتملت ثقيفها منها
 بالترشيح ، كوانت مع العكاس مركبات ذوابة مما يؤثر سلباً في انتاج

التنقية . لذلك يجب الاتعالج بجامض النخع الا عصارة الانتشار المصفاة جيداً .

يختلف تأثير الكلس في المواد الآزوتية الموجودة في العصارة بحسب طبيعة هذه المواد . فالأميد (Amides) وخصوصاً الأسباراجين (Asparagine) يتحلل مع انتشار الامونيأك . وتصل حوامض ثلثية تتحد به (بالامونيأك) وبالكلس وتكون املاحاً ذوابة .

اما المواد النظرية الآحينية (Albuminoides) الذوابة فانها تتحلل ايضاً ولكن بدون انتشار الامونيأك ، وتصل اجسام مختلفة الوظائف بحسب الحرارة ومدى تأثير الكلس . منها : المفسون (Peptones) والشوامض الآميدية (Acides amides) وتتحلل بالقلوي . واما المواد النظرية الآحينية المتخثرة من جراء تسخين عصارة الانتشار فلا تتأثر من الكلس في تجريد طبيعي (Défécation) ، وتطوخ تماماً مع الرغوة . واما البيتاين (Bétaïne) والاسس الثباتية الاخرى فلا تتأثر ابداً من الكلس وتبقى في العصارة وتوجد ايضاً في الملاس (Mélasse) :

ان حامض النخع المار من التفصيرة المعالجة بالكلس يحلل سكراتيد الكلس (Sugrates) الذوابة المتكونة في انشاء التجريد . ويعرف معه كثيراً من المواد الغريبة كالمواد الملونة والمليزة واكسيد الحديد . والآحين المتخثر . . النخ و يأتي حين في انشاء الاشباع يتكون فيه مركب خاص غير ذواب هو سكر الكلس وفخاته المائية (Hydrosucrocarbonate) ويطلق قوام السائل فيرسب منه قسم من السكر . ولكن بدوام جريان جامض

الفحم لتحلل هذه السكريات المتكونة فيذوب السكر جميعه في العصاره
وثرسب فحماث الكلس جارفة معها جميع المواد الغريبة المذكورة آنفاً .

اما كمية الكلس الحي التي يقتضي استعمالها في اثناء الاشباع بخامض
الفحم فانها تختلف بين ٢ - ٣ بالمائة من وزن الشوندر وتختلف ايضاً
بحسب جنس الشوندر المستعمل .

ويستعمل الكلس هنا باشكل مختلفة في بعض المعامل يستعمل بحالة
لبن الكلس بثقل معلوم . وفي البعض الآخر يطفأ في العصاره رأساً حتى
لا تكون ممددة (Dilué) بزيادة . ومنع ذلك اذا اريد استعمال مياه غسل
المرشحة العاصرة (Filtre - presse) لاطفاء الكلس ، يرجع استعمال لبن
كلس له من الثقل ٢٥ درجة بومه (Baumé) (عوضاً عن اطفائه رأساً)
لسهولة تيجزئه وامتزاجه بالعصاره .

استحضار الكلس . - الجير أي احجار الكلس التي تستعمل في
معامل السكر لاستحضار حامض الفحم والكلس الحي تختلف خاصتها
الطبيعية فمنها ما هو لين ومنها ما هو مرصوص ومنها ما هو صلد جداً . وكلها
جيدة تصلح للاستعمال بشرط ان تكون نقيه اي لا تحتوي الا على شيء قليل
من الصوان والحديد هذا اذا لم يمكن وجود ما هو خال منها تماماً . تؤخذ
هذه الحجاره وتكسر اقساماً صغيرة لتنفذها النار وتحللها بسهولة ثم تطبخ في
فرن خاص بعد أن تمزج بنسبة ٨ - ١٢ بالمائة بفحم الكوك (Coke)
المغسول جيداً الممزجاً اقساماً بحجم البيضة .

والفرن الكاشي هو موقد خجري طويل مخروط مبني داخله بالآجر

المتحمل للحرارة الشديدة وقد يستخرج به بطبقة من الحديد الرقيق (Tôle) ويملاً من القمحة بالحجارة المراد تكليسها ويؤخذ الكلس الحي من المنافذ الجانبية المسدودة باغطية من الحديد الصب (Fonte) . ولما كان الكلس يحتاج الى ثلاثة ايام او اربعة ليتم طبخه لذلك يوقد الفرن قبل اربعة ايام من ابتداء عملية استحصال السكر .

ولاجل ذلك يستقرعه ومنافذ التفريغ بالحطب ثم يوضع فيه خشب قديم وبقايا نباتية من جميع الاجناس فطبقة من الفحم المعدني والكوك فعدة طبقات من احجار الكلس المزوجة بالكوك بنسبة متناقصة ثم يوقد ويحذب الدخان بمضخة خاصة وحينئذ يتأسس الجذب الطبيعي توقف المضخة وتفتح جفنة الملى (Trémie de chargement) . وحينئذ يحترق الحطب كله يملاً من جديد ويحذب الدخان بالمضخة ايضاً . ففي اليوم الرابع يتم طبخ الكلس ويسقط الى قعر الفرن حيث يبرد فيبدأ بأخراجه .

اما غاز حامض الفحم الذي يجذب بالمضخة فانه يمرر اولاً من مغسل ليتجرد من المواد الشباطية التي تخالطه ، ويبرد في الوقت نفسه . والمغسل هذا هو عبارة عن حوض اسطواني مقسم داخله الى ٤ - ٥ عيون بالواح حديدية رقيقة مثقبة . فالغاز يدخل من أسفل الحوض ويخرج من اعلاه بينما يساق اليه تيار من الماء من الاعلى الى الاسفل . فالحديد المثقّب يجزئ الماء والغاز ويؤمن تلامسهما جيداً . ووقوف الماء في الحوض الأسفل في ارتفاع مناسب يصل اليه غاز حامض الفحم بواسطة انبوب مثقّب ايضاً . وقد يوضع شيء من الكوك على الواح الحديد المثقبة لتجزئة الماء والغاز جيداً .

ومن المرجح ان توضع في مجرى الغاز قبل الغسل وبعده ، مأخذ كبيرة ليترك في الاولى ما يحمله من الغبار والافساخ قبل دخوله الى الغسل وفي الثانية الماء الذي يملأه . ثم ان هذه المآخذ تكون في الوقت ذاته كنظام لحركة الفرن بتخفيفها ضربات مذكورة (يستوفى) الآلة المحركة (Machine) اما المضخة وقد تدعى ايضاً بالنفخ فتشبه كثيراً آلة بخارية مع مذكور ذي خزانة موزعة (Tiroir) تجذب الغاز الى الغسل ثم تدفعه رأساً الى الخلائق المملأة بالعصارة المراد معالجتها بحامض الفحم . وفي مبدأ قنائة الدفع صمام ناظم ذو ثقل معتدل (Contrepoids) يرتفع اذا أصبح الاشباع غير كافٍ وينخفض اذا زاد .

واما الكلس المستخرج من الفرن فانه يوضع في اوان خشبية صغيرة حيث يطفأ ويبرد . وقد تستعمل لهذا الغرض آلة تدعى المالجنة (Malaxeur) التي يصنع فيها لبن الكلس باشباع كافٍ اي له من الثقل ٢٥ درجة بونه مما يعادل ٢٥ بالمائة تقريباً من الكلس (ويمكن معسايرته بطرق التحليل الكيمياوي الكمي) . فاذا علم مقدار ما يحويه السائل من الكلس وكية الكلس اللازمة لتطهير العصارة المستخرجة من مائة كيلو غرام من الشوندر يسهل حساب الحجم الذي يجب اضافته من لبن الكلس الى العصارة . ولكن الجدول الآتي يكفي الطالب عناء حساب طويل :

[جدول يبين مقدار الكلس التي يجب اضافته الى كل مائة لتر (هكثولتر) من العصارة]

درجة لبن الكلس مقدرة بمقياس بومه						Ca O
٢٨	٢٦	٢٤	٢٢	٢٠	١٨	الكلس من العصارة
اثر	اثر	اثر	اثر	اثر	اثر	
٦٠٤٧٢٥	٧١٠١٧٤	٧٦٨٤٣١	٨١٧٢٣٦	٩٠٧٠٨٧	١٠١٦٠٤٩٧	٢٤٠٠
٨٦٠٩٣٦	٨٦٨٩٦٩	٩٦٨٠٣٩	١٠٦٩١٧٤	١٢٤١٣٥٩	١٣٦٨١٢٢	٢٦٥٠
٩٦٧٠٨٧	١٠٦٦٧٦	١١٦٧٦٤٧	١٣٦١٠٠٤	١٤٦٥٦٣١	١٦٦٥٧٤٦	٣٦٠٠
١١٦٣٢٦٩	١٢٦٤٥٥٥	١٣٦٧٢٥٤	١٥٦٢٨٣٨	١٦٦٩٨٠٣	١٩٦٣٣٧٠	٣٦٥٠

مثال ذلك : لاجل ناتج ٩٠٠ بالملائة من العصارة على طريقة الانتشار

و ٢٦٥ بالملائة من الكلس بحالة لبن له من الثقل ٢٠ يومه يحتاج الى

١١٦١٣ = $\frac{١٣,١٣٥٩}{١,٠٩}$ لتر من لبن الكلس الواجبة اضافتها الى كل مائة

لتر من العصارة .

« للبحث صلة »

آراء لغوية

مقتطفة من رسالة خاصة للاب العلامة انتاس . اري الكرمي

... ذكرت لكلمة (Drainage) التفجير وهو عكس المطلوب فالتفجير فتح طريق للماء وجعله ينفجر اي ينبجس والغاية من ذلك الاستزادة منه واما (الدريناج) فهو يبيس المحل بان تحفر حفائر فيه او حواليه لينحدر اليها الماء ويبس الموطن . وهذا العمل عرف بالتحفيض مصدر حفض وكنت قد قرأت ذلك وكيفية اجرائه الا اني لم ادون اسم المؤلف . ولعله ابن سرايون . وعلى كل حال فالتحفيض معروف في العراق ويسمون الحفرة المذكورة « حفضة » وأخوض (Drain) واشتقاق اللفظة واضح فان اصل المادة هي « خفض » « وخص » لان الحفر هي منخفضة او قد تكون بشكل الاخوص .

واما الخلب فهو عندي (Capsule de Glisson) وقد جاء بمعانٍ اخرى لكن الاحتفاظ بهذا المعنى احسن لان لسائر معانيها الفاظاً عربية اخرى تؤيدها احسن التادية . واما البر يطون فهو عندي الحريضان . (١) وذكّرت في حاشية ٥١٩ المُرِّيَّطَاء بمعنى (Région hypogastrique) وهو صحيح الوضع لكنها ثقيلة وطويلة وعريضة . ولما كان لها مقابل

(١) نشرنا في مجلة المجمع العلمي العربي (المجلد ٤ الصفحة ٤٣) ملاحظتنا

[المحرر]

عن ترجمة هذه الكلمة .

اقصر والطف وقد سبقنا الاتراك الى وضعة فلا مانع من اتجاذه . الآنك قلت ان الاتراك ترجوا الكلمة بقولهم الناحية الخلية . ولا بد من انك عثرت على تلك اللفظة في احد كتبهم المصرية اما انا فالذي وجدته في كلامهم هو « الخلية » بالحاء المعجمة وهو وضع لاغبار عليه وقد قال احدهم : « الناحية الخلية » (لا الخلية بالحاء المهملة) وقوله الناحية حشو لا حاجة لنا اليه وقد ذكرت المجلة « الرُّشْدِيم » ص ٥٢١ لما يقابله عند الفرنسيين (Embryon) وهو من وضع الاتراك ولا وجه لتصحيحه او لتحريه . والمشهور عند العرب بهذا المعنى هو « المضعمة » وقد وردت في سورة المؤمنين . والجنين هو (Foetus)

في ص ٢٣ ذكرت ايضاً « التحولات النسيجية والغريزية المرضية » والمراد بالغريزية (Physiologique) والذي رأيته وذكرته ان احسن لفظة مقابلة للفسولوجية هي « علم الخلقة » لان (Physis) اليونانية هي الخلقة وخلقة الشيء طبيعته على ما أودعته من الوظائف التي يقوم بها . خلقة القلب كذا وخلقة الكبد كذا . وقد وردت الخلقة بهذا المعنى الذي اشير اليه في كتب عدة مؤلفين . واما الغريزة فهي المعروفة بما يقابلها عند الافرنج (Instinct) فيكون علماء الخلقة الفسيولوجيين والنسبة الى « علم الخلقة » : الخلقية بكسر الاول .

وذكرت ص ٥٢٧ الكولين (Choline) والحولين مشتقة من (Cholé) او (Cholos) وهي الصفراء ثم كسعت الكلمة بـ « ين » فلو قلنا صفراوين لكان اصلح للمعنى ولللفظ

وفي صفحة ٥٣٤ المرقشيثا (الاشميون) مع ان المرقشيثا بالشاء المثلية
لا بالثبابة هي (Marcassite) واما الاتشميون فهو الاثمد لإغير
وفي ص ٥٣٥ حوامض نو يويقر والمعروف بـ نووية نسبة الى النواة^(١)
وقد استغربت وضعك كلمة يربوع ص ٥٤٢ لكلمة (Marmotte).
وبين الحيوازين من البعد كبعد السماء عن الارض في البربوع يرى في
الصبحاري والارضين السهلة وهو (Gerbpise) بالفرنسية واما الرموط
فيكون في الحبال واحسن كلمة هي اتخذ اسمها الإفرنجي لانه قريب من
الصيغة العربية اوان يقال الوبر الإفرنجي او الإوربي لانه قريب الشبه
من الوبر

وفي ص ٥٤٣ ذكرت (Airelle) يقولك حيب الآس البري .
فالآس البري هو بالإفرنجية (Houx frelon) واما (Airelle) فهي شجيرة
لا تشبه الآس البري في شيء بل تشبه شجرة الآس المعروفة بهشترورقها
لا غير ولهذا سماها الإفرنج باسم ثان وهو (Myrtil) او (Myrtille) اي
الأويسة تصغير الأيسة ويصح ان يلقى عليها البنسقي اما الحقيقة فيان
الأويسة لا وجود لها في ديار العرب بل في البلاد الباردة الرطبة وقد رايت
كثيراً منها في بلجيكة وشمالي فرنسة . واظن انك اطلقت على الأويسة
اسم الآس البري لانك رايتها في معجم نبحاري الفرنسي العربي وهذا
الكتاب كثير الاوهام والإغلاط وقد نقل الى هاتين النقطتين ايضاً

(١) كلمة [نووية] التي ذكرت في تلك الصفحة هي نسبة الى نووية وليس الى نواة
كما ظن حضرة الاب العلامة وعليه تكون الكلمة صحيحة ولا غبار عليها [المحرر]

(Höb) فَعَدَّه متواء كلتا الشجرتين . والحال لا نسب بين الاثنين
متوحي شيء من الشبه في الورق .

وفي ص ٥٦٣ قصب السكر والعرب سمته « مُصَابَا » راجع لسان
العرب والتاج في هتوب . وكذلك يحيط المحيط . وآخرون سموه أبلوج
الشكر ومنهم من اكتفى بمولده : « الأبلوج »

لا اوافقك الدمشقي بالشر والعشر والسنينمتر بالشعر والمليتمتر بالمشار
(أوردت في محلة فواظن من المحلة) لانت الشر هو (10^{em} partie)
والشعر هو (100^{em} partie) والمشار هو (Millieme partie) أما التسمية
الأفريقية فلازمة لأنها بمنزلة الاغلام لنا . كما كت العرب المن والمنا
والقوية او الاوقية والرحال الذي هو ثوب الاطر (Litra) وقالت
الاردب والكيلجة والمالج الى غيرها فالاوزان والمقاييس كلها اعجتية في
العربية وكذلك القود . فان كنت قبل المثير فلا أرى ما يمنعك عن
قواك الدمشقي والسنتي والملي فكلها الغلام . هذا فضلا عن ان الالفاظ
العربية التي ذكرتها بعيدة من ان تؤذي مودى الالفاظ الافريقية .

وذكرت المحلة في ص ٥٦٨ الاسفندان بمعنى (Erable) فاني هذه
من تلك ؟ انما الاسفندان كلمة فارسية هي الاسفندان ويراد بها حب
الرشاد بالعربية كما في « برهان قاطع » واما (Erable) فهو الجرم مشق
على ما في دوزي ولين Lane وتحيط المحيط . الا ان الكاتب خدع بما جاء
في معجم نجاري الفرنسي العربي فدون ما رآه فيه من غير ان يثبت صحة
كلامه او خطأ . وهذا من اضرار هذا المعجم الذي أفسد كلام المحققين .

وذكرت المجلة ص ٥٦٩ « اشجار النخل البرية » (Dattier Sauvage) قلنا : العرب لا تقول « شجرة النخل » لانهم يكتفون بقولهم النخلة للمفرد والنخل للجمع . ولو قال احدا بين يدي عربي شجرة النخل لا غرق في الضحك لفلعاين في كلمتين اولاً لانه قال شجرة النخل وثانياً لانه ابدل من كلمة مفرد لفظة مجموعة ولو قال شجرة النخلة لكان اهون لان هذا غير قولك شجرة الرمان لان الرمان هو الثمر والشجرة هي النبتة . فقولك شجرة الرمان يعني الشجرة التي تحمل الرمان ، لكن قولك شجر النخل فالشجرة لا تحمل النخل لان النخل نفسه هو شجر والمفرد منه نخلة . ثم ان النخلة البرية غير معروفة في لساننا والعرب تقول شجرة الدوم او الدومة كما تقول الرمانه وانت تريد شجرة الرمان . وثمر الدوم المثل والرطب منه يسمى البهش ويابسه الوقل ونواته تعرف باسم الوقلة .

وقول الكاتب السنديان (البلوط) هو غير صحيح . انما السنديان هو شجر البلوط لا البلوط نفسه فالبلوط هو الثمر لا الشجر بخلاف السنديان فهو الشجر دون الثمر . ثم ان السنديان لفظ فارسي . والعرب قالت البَلَّاح بفتح وسكون والبلاخ كغراب .



من الاشعار الطيبة

بقلم الاستاذ عيسى اسكندر المعلوف

وقال عبد العزيز الصقلي :

وأصل بليتي من قد غزاني من السقم الملح بمسكرين
طبيب طبه كغراب بين يفرق بين عافيتي وبين
أتى الحمى وقد شاخت وباحت فماد لها الشاب بنسختين
ودبرها بتدبير لطيف حكاة عن سنين او حنين
وكانت نوبة في كل يوم فصيرها بحذف نوبتين

وقال ايضا :

يا وارثا عن اب وجد فضيلة الطب والساد
وحاملا رد كل نفس همت عن الجسم بالبلاد
اقسم لو قد طببت ذمرا لعاد كونا بلا فساد

وقال ابو الحسن الانصاري مشبها في ابرة ببلاد احمر :

ومخيط ضاق عنه وصفي يعجز عن فعله السامي
يكن في لده ويبدو كالعرف في باطن الساب

وقال ابو سعد الكاتب :

عجا لضررك كيف يشكوعة ويحبه من ريقك الدرايق
هذا نظير مقام ناظر عافاك وابتليت به العشاق

او عقر بي صدغيك اذ لدغا الورى

ومعك من حميتها الخلاق

وقال ابو الحسن البشكري :

لا تضعم القصاد من دمك الطيب م واستبقه فما ذاك رشدا

فهو ان حال ريقة كان خمرآ واذا جال في الحدود فورد

ولا بن الحسين البغدادي من ايات :

ان لم يخلصني الوصال بجانحه ناعرت تحت عقوبة المنجرات

اصبحت يخرجني بغير جناية من دار اغزاز لدار هوار

كدم القصاد يراق اردل موضع

ابدا ويخرج من اعز مكان

ولابي محمد الواسطي :

احاديث لو ان النجوم تمتع باسرارها لم تدر كيف تغور

يموت بها داء الهوى وهو قاتل ويمجياها ميت الجوى وهو مقبر

فيا لنسيم صحتي في اعتلاله ووضعي اذا ما مررتي وهو مسكر

وقال ابن جنان الشاطبي من ايات في الدوح :

كساه الاصيل ثياب الفنا نخل ظئيب الدياجي لديه

وجاء النسيم له عائدا فقام له لائما معظفيه

وقال ابن الشيخ ابن العربي :

قيل لي جسم من تجب نجيل وهو ما يشينه قاتل غشه

قلت فما ذاك من مقام ولكن خفة الزروع أحدث الجسم منه

﴿ بشرى للأسر ﴾

ذكرنا في الجزء الثامن من السنة المنصرمة خلاصة الإيجاز التي دار الكلام عليها في (الأيام الطيبة) في باريس وجئنا على ذكر فوفه (١) (Film) « الام المقبلة » وما نالت من الاستحسان وهي سلك قلم بوضعه الأستاذ دوفرنه رئيس دار النفاس في مستشفى لاندبيغ انديريه ان يبين خلقيته بمحاضرات عديدة ناسراً في العالم الاخير وفي القواعد التي يترتب على الافاضات حنظل في تربية والهاهين وكأني بذلك الأستاذ قيد ادرك ان الفائدة التي يرمي اليها في محاضراته تبقى صغيرة اذا اكتفى بالقائما وطبعا لان تلك الفائدة لا تتجاوز حدود المدينة التي يقيم فيها. ولان قراءة المحاضرات والمؤلفات لا تؤثر في النفوس تأثر المحاضرات التي ينطبع قلبها في النفس والذاكرة فوعب تجميع الفائدة في ان يبين تلك المحاضرات الحياة والبركة فاعطاهم قالياً حياً ظهرت في فوفه دياها (الام المقبلة) وارسلها في العالم جميعه تنشر التريفة ونقي المؤلفات شر التقاليد القديمة المصرة التي لاتزال الامهات الجاهلات يمسكن بها .

وقد رأينا في هذا العلم الذي يقتضيه كل جيل من الجيل من العلم في تعليم طلابه وطالباته ان يستجيب هذه الفوفه كما فيها من الفائدة الكبيرة للطلاب والقوابل والمحاضرات ولما ينجم عنها من النفع في نشر هذه المبادئ العلمية القوية في المدارس العاليية وبين طبقات شعبنا السوري فبرز رغبته الى حيز العمل وقد وصلت النتائج هذه الفوفه وسنشر عري عرضها قريباً .

(١) ارتأينا ان نضع فوفه مقابلة لـ (Film) وهذه الكلمة انكليزية مناهها القشرة الرقيقة وهذا هو معنى الفوف او الفوف قد نأخذ كلمة اخرى اكثر دلالة على المعنى منها لان كلمة حيلك التي مرت في بالنا ونحن نكتب هذه الاسطر تفيد صفة الطول كما هو عليه (الفيلم) ولكنها لا تفيد صفة التسطح والرقه .

كتب حديثة

تاريخ الطب عند العرب الى يومنا

في المحاضرة الثانية التي القاها في ردهة المعهد الطبي بدمشق في ٨ آذار سنة ١٩١٩ م . المؤرخ الشهير والاديب الباحثة الاستاذ عيسى اسكندر معلوف عضو المجمع العلمي العربي ومؤلف تاريخ الاسر الشرقية العام وقد نشرت تباعاً في هذه المجلة ثم طبعت على حدة بنفقة الحكيم السيد مصطفى خالدي الاستاذ في الجامعة الاميركية (في بيروت) بعد ان زيناها واضعها الفاضل برسوم قديمة نفيسة منها رسم يمثل الطبيب الشيخ ابي بكر الرازي وهو يستعمل اوتار العود في العمليات الجراحية الباطنة وهذه الخيوط لا تزال مستعملة حتى اليوم في الجراحة ويسمىها الفرنسيون (Catgut) ونطلق عليها نحن اسم حمشة (وهذه الكلمة من وضع الاستاذ المؤلف) . ولا نرى حاجة الى إطراء هذه التحفة النفيسة لأن ذكر اسم مؤلفها في صدرها يكفي ولا الى تلخيص محتوياتها لأنها نشرت في هذه المجلة وقد طالعها القراء الكرام وسألنا الكثيرون منهم ان نرجو من الاستاذ العلامة الاستزادة من اجاث كهذه لا تزال مدفونة في بطون المؤلفات القديمة ومحتجبة عن الكثيرين الذين لا يتسنى لهم خزائن كتب جامعة لبشها والاستفادة منها واننا بهذه المناسبة نوصل رجاء قرائنا الى اذن صديقنا الباحثة ونضيف اليه رجاءنا شاكرين له هديته هذه الثمينة .

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في آذار سنة ١٩٢٧ م الموافق لرمضان سنة ١٣٤٥ هـ

الكرات البشرية والكرات المقترنة

Globes épidermiques et gl. cornés

للحكيم شوكة موفقي الشطي استاذ فن الانسجة والتشريح المرضي

ليست هذه الكرات سوى الفصيصات البشرية (épidermiques) التي تنمو في الادمة او البشرة او في مواضع اخرى من الجسم وهي تتركب من عناصر خلوية مماثلة لخلايا البشرة الجلدية . تنمو خلايا هذه الكتلة البشرية كما ينمو الجلد فيرى في محيطها خلايا اسطوانية محبة للألوان الاساسية لاتملك اشواكاً خلوية وكلما اقترب من مركز الفص يشاهد انها عادت اولا مضطربة مسننة كما في خلايا طبقة ماليني ثم تراصفت وتسطحت وارتسخت فيها مادة قرنية ويشغل عادة مركز هذه الكتلة البشرية خلايا قرنية او مادة قرنية . ولما كان طرد هذه المواد القرنية متعذراً بواسطة التوسف (١) كما في الجلد الطبيعي فان الكتلة البشرية تنبذ الى نسيج الادمة

(١) يقول ابن السكيت: يقال للقرح والجدرى اذا يبس وتقرّف والجرب في الابل اذا اقل قد توسف جلده وتقرش جلده وتقرش فالتوسف او التقشر او التقشّش مقابلة لـ (Desquamation) [المجلة]

الضام حيث يركب بعضها بعضاً وتكون كرة شبيهة باب البصل وقد سميت هذه الكرة باللولو أو الكرة المقرنة أو الكرة البشرية^١

هذا في الكرات البشرية التامة النمو على أنه قد لا تصل الاستحالة القرنية الى درجتها القصوى فيرى حينئذ في مركز الكتلة خلايا منبسطة تحوي نوى مختلفة الحجم .

فيستنتج ان الكرات البشرية تنقسم قسمين حسبها تكون الاستحالة القرنية قد تمت فيها او لم تتم :

أ - الكرات البشرية التامة الاستحالة وهي التي تصادف فيها جميع طبقات الجلد .

ب - الكرات البشرية الناقصة الاستحالة وهي التي تنقصها احدى طبقات البشرة الجلدية او بعضها

ذكر الاستاذان روسي (Roussy) ولارو (Leroux) نوعين للكرات البشرية

١ - النوع الاول تحصل فيه الاستحالة القرنية (Kératinisation) كما في الجلد تماماً . فتمر الخلايا بأدوار مختلفة فتكون أولاً أسطوانية ثم تصير مضلعة خيبيبة ثم تحمل خلاياها حبوب الاله إيدين (Eléidine) ثم تصبح نبرة فقرنية . تصادف هذه الكتل في الآفات القرنية من السرطان وفي سرطان الجلد ايضاً

٢ - النوع الثاني - نمو الاستحالة القرنية فيه كما تنمو في الجلد المصاب باضطراب القرن من جراء بعض الأمراض الجلدية كالخصف ودائي الصدف والسمك . . . الخ حيث تمر الخلايا مباشرة الى الدور

القرني دون ان يتوسطه الدور الحبيبي (Stade de granulation) ذلك
 وتبقى الخلايا في هذا النوع محافظة على نوياتها وقد سميت هذه الفصيصات
 بالكرات النظيرة المقرنة (Gl.parakeratosiques)

كان يظن ان هذه الكرات البشرية هي علامة تكاد تكون اكدية
 للدلالة على الاصابة بالايثيلوما الجلدية الشائكة (Epithelioma)
 (spino cellulaire) على انه اذا دقق في الآفات النسيجية المختلفة نرى
 هذه الكرات نفسها في الاضطرابات الانتهائية المزمنة وفي الحالات القريبة
 من السرطان التي تصيب البشرات الأدمية الحلمية وقد تحققنا وجودها في
 البشرات الملبغية التي اختل فيها نمو التحول القرني (Dyskeratose) وفي
 داء الذئب الوجهي والسرطان الجلدي .

سمى الاستاذ مسون (Masson) هذه الآفات التصليبية الانتهائية الآفات
 المصطحبة بتكاثر العناصر البشرية (Lésions scléro hyperplastiques)
 ووصف في زمرتها الآفات المخدشة المزمنة والمتصفة بتكاثر عناصر البشرة
 والأدمة معاً تكاثراً غير منتظم

تكون الأدمة في هذه الاضطرابات المزمنة صلبة وعناصرها متكاثرة
 واما البشرة فتتوالد خلاياها توالداً مختلفاً وتسفر بدون انتظام غير متبعة
 في نموها وارتكازها سنة نمو العناصر البشرية .

تصادف هذه الآفات التشرجية في الأمراض التي من شأنها
 التخديش المديد كالقروح في الدواليين والجروح البطيئة الاندمال
 والقروح المسببة عن الاشعة المجهولة واشعة الراديوم وفي السل الثرولوي

وفي اطراف فوهات النواير ٠٠٠ الخ

اذا دققنا في بنية بشرة مصابة باحدى هذه الآفات نرى ان ادمتها
تكشفت واصبحت ندية المنظر وان بشرتها السطحية ستبت بفلوس كثيرة
وان الغشاء القاعدي دفع الى الادمة امام البراعم المستحدثة التي تجتمع
كثلاً مدورة فصيصية متمادية في البشرة التي فوقها بسويقات مختلفة
الدخانة . تبقى الخلايا المولدة في هذه الفصيصات العميقة مجاورة للادمة
واما باقي خلايا الفصيص فتتنمو كالبشرة وتشغل الخلايا الاكثر غوراً والمقرنة
مركز الفصيص مكونة بذلك الكرات البشرية المقرنة

وقد يحصل ان قسماً عظيماً من خلايا الكرات البشرية حتى المحيطية منها
مصاب بالاستحالة القرنية فتصبح عندئذ الكرات البشرية كأنها جنس
اجنبي مدفون في طي الادمة تسعى العضوية الى امتصاصه بواسطة العناصر
الهجرة البيضاء . وما يؤدي الى ذلك ان الادمة تصاب بتفاعل ليفي زائد
يقطع السويقة الايتليالية التي كانت تضمن اتصال الكرات البشرية
بالطبقات التي فوقها فتتجرد الكرة المقرنة وتستقل في الادمة دون ان
يكون لها اقل اتصال بالعناصر الايتليالية السطحية ويصعب في هذه الحالة تمييز
الكرات المقرنة البسيطة الناتجة من التخذيش المديد عن الكرات القرنية
الناشئة الى السرطان

وتصادف الكرات البشرية ايضاً في النواحي العميقة من الأورام
البشرية السليمة كالورم القرنيبيطي (Condylome) والورم الحليمي
(Papillome) وفي السرطان الجلدي المتصف بتكاثر الخلايا البشرية

المنشئة تكاثراً مستقلاً بخرباً لاحد له

ويستدل من الوقوعات العملية ان هذا السرطان ينمو غالباً فوق بشرة
اهينت بالتخديش المدب كماً في جوار القروحات الطبيعية وفي حواف النواير
او القروح الدوائية او السل الثولوي او التهاب الجلد الشعاعي او مكان
الندوب والحروق او في النواحي التي يكثر فيها التخديش الكيماوي المدب
كلهم في المدخنين وماضعي الافيون والحشيش ومكان حصول الابطصاص
(Leucoplasie) والنخ .

واما تولد السرطان الجلدي فيكون على رأي ريبيرت (Ribbert)
حسب ادوار ابتدائية تُصَف باندفاع الخلايا القاعدية الى الادمة المصابة
بالالتهاب وتتركب هذه البراعم الايتيلية المندفعة من خلايا قاعدية
ومضاعة زائد تفاعلها التكاثري . وعليه يحق لنا ان نقول من الوجهة النظرية
ان كل كتلة ايتيلية تستولي على النسيج الضام بعد ان تخرق الغشاء
القاعدي هي سرطان ويحصل هذا الاندفاع في التهابات المزمنة المسببة
عن التخديش المدب الطوعي او التجريبي وكنا قد سمينا ذلك الآفات
المتصلبة المصطحجة بتوالد العناصر الايتيلية .

يستدل من ذلك ان وضع حد فاصل بين التهابات والاورام
مستصعب حتى انه يتعذر علينا ان ندرك اين تنتهي التهابات واين تبدأ
الاورام والحقيقة ان آفات التكاثر العددي السليمة قريبة بكثير من صفاتها
من آفات المستحدثات ويولد عادة السرطان من الآفات التوالدية المذكورة
وعليه كان التفريق بين الحادثتين النسجيتين صعباً وكانت الدلائل الخاصة

الاكيدة التي تميز الحادثتين التشرحييتين احدهما عن الاخرى مفقودة .
 لنعد الى كيفية تولد السرطان الجلدي الذي تكتسب فيه خلية او بضع خلايا
 قاعدية نشاطاً زائداً فتتوالد وتكون كتلة ايتلمالية حديثة النمو : تأخذ هذه
 الكتلة البشرية بالنمو نحو السطح والعمق ولكن الطبقات السطحية تقوى
 عليها وتوقف امتدادها نحو السطح فتضطر الكتلة بحكم الضرورة ان تسير
 الى العمق فتثقب الغشاء القاعدي وتنتشر في الأدمة ثم تغلب بعد مدة على
 مقاومة السطح فيتقرح بدوره .

لا تختلف الخلايا القاعدية المصابة بالسرطان اختلافاً كبيراً عن
 الخلايا القاعدية الطبيعية وذلك لأن الخلية القاعدية السرطانية تنمو
 كالخلية الطبيعية ولما كانت موجودة في ملء الأدمة وفي محيط الفصيص
 البشري كان اتجاه نموها الى المركز وهكذا تكون كتلات مقرنة مركزية
 محاطة بخلايا شبيهة بخلايا طبقات البشرات الادمية الحليمية وتكون
 الكرات البشرية في السرطان الجلدي المسمى بالايتليوما الشائكة الخلايا
 على هذه الصورة

ان بعض هذه الكتلة تضع خصبها فتصاب جميع اقسامها بالاستحالة
 القرنية وتصبح الكتلة البشرية المستحدثة كرة مقرنة مدفونة في الأدمة
 كجسم اجنبي . ويחדش هذا الجسم الاجنبي الادمية فيحدث فيها اعراضاً
 الشبيهة تؤذي الى تكوين خلايا عرطلية (Géantes) تنفذ من الفلوس (١)

(١) الفلوس [قشر السمك . وقد استعسنا هذا الاسم لوجود شبه بين فلوس
 السمك وفلوس الكرة المقرنة] (المنشي)

ماعية الى هضمها وامتصاصها وقد يحصل هذا التفاعل قبل ان يقف خصب الخلايا وقرفاً تاماً فترى خلايا مليغية فمالة وقد استولت عليها خلايا عرطلية وخلايا نظيرة البشرية . وهكذا يثبت الدل لعالم الذبيح متى عاين سرطاناً جلدياً طراً عليه هذا التغير .

يستنتج مما اورده حتى الآن ان السل الجلدي والآفات المحدثه المزمنة في الادمه قد تأخذ اشكالاً نسجية شبيهة بنسيج السرطان كما ان السرطان الجلدي قد يصاب بتفاعلات خاصة تدعو الى تكوين اجربة شبيهة بالاجربة السلية .

لنر الآن الى مـ نستند في تمييز هذه الانواع بمضها عن بعض فقد اثبتنا حتى الآن ان الكرة البشرية ليست خاصة بالسرطان الجلدي وانه يحصل في السرطان الجلدي جراب يشبه كل المشابهة الجراب الدرني ويجب توصلنا الى التشخيص ان يدقق في البنية النسجية فإن الفحص الدقيق يساـد على تمييز الخلية السرطانية عن غيرها .

تميز الخلايا السرطانية بصفات خاصة تدل على خبثها ويعرف ذلك بفحص الزواة والهيولى (Protoplasma)

الزواة - يكون حجمها كبيراً وتأخذ اشكالاً مبرعمة وتوالد بطريقة الانقسام الخيطي ولا ينحصر التكاثر بخلايا الطبقة الماعدية فقط بل يحصل في خلايا الطبقات الاخرى . ويكون في هذه الحالة غير اصيل (Atypique) اذ يكون عددا لا قطاب ثلاثة او اربعة بدلاً من اثنين او يكون عددا لا قطاب اثنين ولكنهما لا يكونان متقابلين الوضع وتكون حجمهما مختلفاً ويرى ايضاً

ان النوبة كبيرة الحجم

المبولى - تكون جسور الوصل فيها واضحة اكثر مما هي عليه في الحالة الطبيعية .

وتحتوي على انقراض قرنية ^(١) وتتلون المبولى بالالوان الاساسية .
واما تمييز الأجرة التي تتكون لامتصاص المواد القرنية الموجودة في الكتلة البشرية عن الأجرة السلية الحقيقية فيكون بالاستناد الى التدقيق في الصفات النسجية التي تصفها الخلايا المكونة للدرن .
ان خلايا الجراب السرطاني العرطلية والنظيرة البشرية تحوي انقراضاً قرنية بيد ان الجراب السلي الدرني لا يحتوي عادة عليها .

واما تمييز الكرات البشرية المسببة عن آفات الجلد الالتهابية المزمنة واورام الجلد السليمة عن الكرات البشرية السرطانية فيكون بالاستناد الى فقدان الصفات الدالة على خبث الخلايا نريد بذلك بقاء خلايا الطبقة القاعدية منتظمة دون ان تظهر فيها اشكال الانقسام بحركة النواة غير الاصلية ولا تكون هولاها محبة للالوان الاساسية :

ثبت فيما يلي بعض المشاهدات التي استندنا اليها في هذا البحث :

(١) ابيليوما فصيصية شائكة الخلايا ، كرات بشرية سرطانية

ارسل لنا الأستاذ الفاضل مرشد بك خاطر قطعة مأخوذة من قرحة شرجية يستفسر عن بنيتها النسجية وعما اذا كانت عائدة الى سرطان جلدي ام الى زهري مقروح

(١) ظن البعض ان هذه الانقراض هي طفيليات وقد نسبوا اليها السرطان ومنهم دار به مؤلف كتاب امراض الجلد .

ونبين لنا من فحص محضرات مأخوذة أنها تحتوي على كرات بشرية مكونة من خلايا أصيبت بالاستحالة السرطانية . وقد اجبنا ان الآفة سرطان جلدي من نوع الإبثليوما الشائكة المتلايا
ولدينا بضع مشاهدات في هذا الصدد لا نذكر هنا سوى واحدة لأنها أصابت انثى لها من العمر ٢٦ عامًا .

(٢) إبثليوما بكورة (Précocce) في انثى لها من العمر ٢٦ عامًا
كرات بشرية مقرنة — كرات بشرية نظيرة المقرنة
الكشم الخلوي (Monstruosité Cellulaire) الدال على إصابة الخلية البشرية
بالاستحالة السرطانية

عمرها ٢٦ سنة متزوجة وليس لها اولاد دخلت المستشفى العام منذ ستة اشهر تشكي قرحة أخذت بالاتساع دون اقل ميل الى الاندمال ولدى الاعتسار عن اضيقها اجابت انها لم تصب سابقاً بمرض يستحق الذكر وقد تبين من فحص اجزائها انها خالية مما هو ذو علاقة بمرضها الحالي
شكوى المريضة — أظدت انه ظهر في شعرها الكبير منذ ثلاثة اشهر ثولول صغير استأصله احد الزلاء في دمشق بخير ان ذلك الجرح البسيط اخذ بالاتساع سطحاً وعمقاً عوضاً عن ان يميل الى الندب فالتهم الوجهين الباطنين للشفرين الكبيرين واتشكل أنسماهما السطحية ولم تلبث ان ظهرت هذه القرحة بظهر يدعو الى الشبهة والشك في امراض ثلاثة هي : الزهري والسل والابثليوما .

وقد استعين بوسائل الخبر للتشخيص فكان الجواب انها مصابة بالابثليوما وان قرحتها ليست سلية ولا زهرية غير ان الجزم في التشخيص قضى باستشارة مختبر الانسجة المرضية . فسلنا المريضة ان تسمح لنا بأخذ قطع صغيرة من الناحية المأوفة لتجري بينهما النسجية فرفضت رفضاً باتاً واصرت على ترك المستشفى .

ثم عادت الينا المريضة في ٧ كانون الثاني ١٩٢٧ فلاحظنا ان القرحة كبرت واتسعت وان العقد البلغمية في الاربية (Aine) ضخمت فسلناها ثانية ان تسمح لنا بأخذ قطعة صغيرة من قرحتها فرضيت فدلنا الاستعفاء النسجي على انها مصابة بالسرطان الجلدي من نوع الابثليوما الفصيصية ولما كانت المريضة حديثة السن رغبتنا

في تحقيق التشخيص بفحص احدى العقد البلغمية في الاربعة والتدقيق في ما اذا كانت قد استولت على محتواها الخلايا السرطانية او ان ضخامتها ناجمة عن حالة النهائية .

الفحص النسيجي - رأينا ان الادمة قد بذرت بكثلاث ابتليالية كبيرة لفرق بعضها عن بعض حجب ضامة رقيقة وتركب هذه الفصيصة من كرات بشرية مقرنة ونظيرة المقرنة . وقد تبين لنا من التدقيق في الخلية انها متمصنة بالصفات الدالة على كونها مصابة بالسرطان وعلى خبث نوعه لاننا شاهدنا في النواة اشكال الانقسام بحركة النواة وان هذا التكاثر لا يتبع السنن التي يتبناها النسيج الطبيعي في تكاثره الي غير هذا مما ذكرناه في هذا البحث . ووجدنا عدا ذلك في الهيكل الضام كثيراً من العناصر الالتهابية ولا سيما الخلايا البلغمية (اللفوسيت) والخلايا المصورة ٠٠ الخ التشخيص - ابتليوما فصيصية بكور

المشاهدة الثالثة : كرات مقرنة ونظيرة المقرنة بسيطة (غير سرطانية)

في انثى لها من العمر ست سنوات

هسرة الثقرن (Dyskeratose) ، وفرط الثقرن (Hyperkeratose) ،

نشأ القطعة .

ادم المريضة ي . د . عمرها ست سنوات ارسلها الاستاذ الفاضل طاهر بك الجزايري تاريخ البدء وسير المرض : لاحظ اهلها وجود ناميات في الوجوه الباطنة لخدنها ولشفتها السفلى تسورها قشور وقد بدأت منذ طفولتها . فاقتطعت قطعة من الوجه الباطن لخدنها الايمن بغية الاستقصاء النسيجي .

الفحص النسيجي : - البشرة كثيفة جداً مصابة بفرط الثقرن وبهسرة وقسم من الخلايا ينمو كما تنمو الكرات المقرنة الناقصة الاستمالة . ولدي التدقيق في الخلايا لم نر فيها ما يدل على اصابتها بالخبث او الكشم (Monstrosité) وقد شاهدنا كتلات ابتليالية تشبه الكرات البشرية المقلوبة فكانت الخلايا القاعدية تشغل مركز هذه الكتلات بدلاً من ان تكون في المحيط ويتلو ذلك بقية طبقات الاغشية المخاطية الأدمية الحليمية . ان مشهداً كهذا قد ينجم عن قطع الحليمة قطعاً عمودياً على قطرها الطويل ولكن بعض هذه الكتل كانت تعصف بذلك دون ان

يكون هذا التراصف ناجماً عن القطار . و يظهر في هذه الحالة ان يضع خلايا قاعدية تنمو من المركز الى المحيط مكونة دوائر متحدة المركز فينشأ من ذلك كتلات ابتليالة حرة بان تدعى الكرات البشرية المقلوقة
التشخص : - مسرة التقرب وفراطه .

المشاهدة الرابعة : داء الذئب الانفي ، اجربة درنية حقيقية ، كرات مقرنة ونظيرة المقرنة البسيطة (غير السرطانية)
ارسل لنا - هذه المريضة الاستاذ الفاضل عبد القادر بك مسري وهذا ما جاء في ورقة الاستقصاء النسخي

امم المريضة ح . ذ . صنها ١٦
تاريخ البدء وسير المرض - ظهر في منخري المريضة منذ زهاء سنتين حبة صغيرة اخذت تكبر وتوسع وتقرح حتى قرحت حوافي المنخرين قروحاً كبيرة تسترها ناميات يفرق بعضها عن بعض حفر صغيرة ممتلئة مسائلاً ايضاً الى الصفرة وكان في تلك القروح بعض البثور النزفية . وكانت شكوى المريضة بالخاصة الرعاف الدائم وانسداد الانف المسبب عن الناميات وكان منظر هذه القروح يشبه . منظر قروح الزهري والسل والابثليوما .
اما تفاعل وامرمان فكان سالياً ولهذا ارسلت المريضة الينا لناخذ منها قطعاً ونفحص بنية الآفة النسخية .

اخذنا من الناميات الكائنة في جذر الانف قطعتين للاستقصاء فيها استقصاءً انسجياً فرأينا ان البشرة السائرة للادمة ليست متساوية الثخن في جميع النواحي فهي رقيقة في منطقة وكثيفة في اخرى تسترها فلولس بخصنة

ومما يستعري النظر هو ان البشرة كانت ترسل الى العمق استطالات تخفض الادمة دافعة امامها الغشاء القاعدي وكانت هذه الخلايا البشرية مصابة بالاستحالة القرنية اصابة غير منتظمة فيتكون عن استحالتها كتلات مدورة فصيصية متبادية في البشرة التي فوقها . ان الخلايا المنتشة في هذه الكتلات . وجوده في السطح واخذة بالاستحالة منه الى المركز مكونة ما نسميه الكرات البشرية والكرات المقرنة .
وقد ينجل للفاحص ان الغشاء القاعدي . مثقوب لأن بعض هذه الكرات نام في مل

الادمة وذلك على اثر حصول تفاعل انتمائي لبني فصلها عن البشرة وجعلها كالبهاطمية
في الأدمة . يتجلى للنظرة الاولى ان النسيج المذكور سرطاني . ولكن التدقيق في
صفات الخلايا البشرية من جهة ونخص الادمة وكشف اجربة درنية نادرة فيها من
جهة اخرى ساعدانا على معرفة ان نوع الآفة التهاب مزمن .
التشخيص المخبري - صل ثو لولي .

٠ - النتائج - ٠

اولاً : ان الكرات البشرية ليست خاصة بالسرطان الملبغي
ثانياً : ان الجراب الدرني ليس خاصا بالسل
ثالثاً : تصادف في السرطان اجربة مكونة من خلايا عرطلية نظيرة
البشرية ولنغية

رابعاً : تصادف في السل كرات بشرية مقرنة او نظيرة المقرنة
خامساً : يتميز الجراب الدرني السلي عن الجراب الدرني الامتصاصي
الذي يتكون في السرطان بوجود الانقراض القرنية في خلايا الجراب الثاني
(أي الدرني الامتصاصي)

سادساً : تتميز الكرة البشرية المقرنة او نظيرة المقرنة الناجمة عن
الآفات المزمنة عن الكرة البشرية السرطانية المقرنة او نظيرة المقرنة .
بلند فبق في صفات الخلايا

سابعاً : قد تكون لابلاً وما بكموراً



تحليل الروح او الفرويديزم (Fredisme)

للحكيم جود استاذ السريرات العصبية والعقلية والحكيم اسعد الحكيم
طبيب مستشفى ابن سينا



ان للأستاذ سيجمون فرويد شهرة عظيمة في جميع انحاء العالم العلمي
نفي عن تعريفه للقراء فهو مؤسس مذهب التناسليات الحديث الذي
نشره في اوائل القرن الحاضر وذلك انه بعد ان غادر باريز حيث تخرج
على الاستاذ شاركو مدة سنتين وشاهد (المستريا) في مهد ظهورها وعهد
رواجها عاد الى بلده فينة فزاول فيها اعمال الطب الروحي والعصبي وتدرسه
مدة طويلة لفتت نظره خلالها مشاهداته العلمية السريرية واستقرآته
الدقيقة الى التأثير العظيم الذي تحدثه التناسليات في نشوء كثير من الامراض
العصبية الروحية كالمستريا ووهن الدماغ وغيرهما فبنى على هذه المشاهدات
السريرية الفنية نظريته في تحليل الروح (Psych-analyse) وهي المشهورة
 والمعروفة باسمه وقد شرحها في عدة مؤلفات اهمها كتابه الذي نشره
عام ١٩١١ تحت عنوان تأويل الاحلام واليك خلاصتها :

يعتبر فرويد الفاعلية الروحية منقسمة الى مناطق منها ما هو داخل
حظيرة الادراك وهي - ايسميه (المدرک Le Conscient) : ومنها ما هو خارج
هذه الحظيرة ويسميه (اللامدرک L'inconscient) وينقل ما بين

هاتين القوتين قوة ثالثة تسمى (المراقبة Censure) تعمل عمل الحاجب المحقق فلا تميز لكل ما هو منسوب الى اللامدرك ان يدخل حظيرة المدرك اذا لم يكن متصفاً بالصفات الادراكية أي اذا كانت فيه ما يخالف طبائع القوة المدركة . ويذهب فرويد الى ان قسماً كبيراً من الميول الغريزية المنسوبة الى اللامدرك وكلها متعلقة بالتناميلات يحاول دوماً ان يجتاز المراقبة الى حظيرة الادراك دون ان يتكيف بالشكل الذي يتطلبه المدرك فتمنعه المراقبة وتحصره حصراً يتناسب مع شدته مما يجعلها في نزاع دائم مع هذه الميول الغامضة الطامحة الى التحقق التي يسميها فرويد (المبهمة) (Complexe) ويعتبرها منشأ جميع الامراض الروحية .

هذه خلاصة مذهب فرويد الحديث الذي لاقى بعد عدة سنوات في جميع انحاء العالم المتشدن رواجاً لم يلقه مذهب غيره . فهو الدعامة الاساسية التي تشاد عليها اليوم فلسفة الفنون والآداب والتربية والتعليم والاجتماع والمبادئ الدينية والطب وتهذيب الروح الخ .

وبالنظر الى مسا لهذا المذهب وتعاليمه من العلاقة الشديدة بالطب الروحي ومداداة كثير من الامراض العصبية الروحية نرى من الضروري ايضاح بعض النقاط الغامضة في تلك المقدمة الوجيزة تعميماً للفائدة .

ننطبع في نفس الانسان منذ نعومة اظفاره صور ذهنية مختلفة يدر كها ويشعر بوجودها فيستحضرها الى ذاكرته متى شاء ويعرب عنها بلسانه كلما اراد . فهذه الصور الذهنية البينة هي المدرك الذي يهتدي الانسان بتعاليمه في حياته الاجتماعية

على أننا اذا سبرنا غور النفس البشرية واستقرأنا حقيقتها نجد فيها عدا هذا المدرك كثيراً من القوى الفعالة الغامضة الصادرة عن العواطف والميول والشهوات الغريزية المحصورة التي لم نتحقق لأنها لم تتجاوز عالم الشعور المبهم فبات المرء ينكرها ويجهل وجودها في نفسه في حين انها باقية فيها تسيره من حيث لا يدري وتعمل فيه من حيث لا يشعر . فهذه الميول المخنوقة في سويداء النفس هي اللامدرك

فاللامدرك مجموع عوامل مبهمه ناشئة من المشاعر المطموسة في الظاهر ومن الغرائز والميول والبيئة والوراثة وهي تفعل مسيرة بقوة حيوية خاصة دعها الفلاسفة الهندية (كاما) وسماها بلاتون (ايروس) وفرويد (ليبيدو) اما السبب في حصر تلك الميول الباطنية في النفس وانكارها وعدم ادخالها عالم الادراك فهو ان للبيئة الاجتماعية سنناً وعادات وعنعات وتعاليم توجب على كل فرد من افرادها ان يخضع لها في حين ان كثيراً منها يضاد ميوله الغريزية فيضطر الى اخفائها وخنقها في نفسه لاسيما ما كان منها متعلقاً بالتناسليات لأن الهيئة الاجتماعية والمبادئ والتعاليم الدينية والمدنية علمتنا ان نعتبر هذه الميول رذيلة ومنقضة غير مشروعة

وقد ذهب فرويد الى ان غريزة التناسليات لا تنشأ في سن البلوغ كما يظن انما تتخلق مع الطفل وتعمل عملها منذ الطفولة الاولى وان حب الطفل لأمه ومناسته لأخوته واخوانه وأبيه الذي يرى فيه منازعاً لحب امه هو مظهر من مظاهر غريزة التناسليات التي هي المحرك الطبيعي العام لجميع المخلوقات اما في سن البلوغ فان جميع هذه الميول الغريزية التناسلية

المختلفة في مظاهرها تتكاثف في الجسم الصحيح ثم تنصهر انصهاراً جزئياً محموداً يتألف من مجموعه غريزة التنازل الخفية الصحيحة .

اما في بعض الاجسام غير الصحيحة الجيلة فان انصهار جميع هذه الميول الغريزية وانحلالها في شكل طبيعي واحد لا يتم بصورة عامة اتما يبقى بعض تلك الميول الروحية التناسلية الصيبانية التي لم تتحقق قائماً في النفس يحاول الظهور والتحقق بصورة خاصة على الرغم من نفور الوجدان منه فتقاومه المراقبة وتحصره لتجنبه من دخول حظيرة الادراك الذي يجهه و يأباه مما يفضي الى جدال ونزاع عنيف باطني هو سبب نشوء جل الامراض الروحية وذلك ان هذا النزاع قد يستمر في بعض الحالات وتكون الحرب فيها سجالات بين المدرك واللامدرك فينتج منه عدم التوازن الروحي كما هو الحال في المستر يا ووهن الدماغ وانواعه . وقد يستفحل امر اللامدرك في بعض الاحيان لينفجر تحت الضغط الشديد الواقع عليه فيستولي على (النا) الشخص ويجذبه اليه فينزوي المرء في عالم باطني خيالي يحقق فيه مبهمة . وهذا ما يشاهد في بعض انواع العته الباسر الجامد الذي نسميه الانزواء الباطني . وقد تظهر الوجود علامات هذا النزاع القائم في النفس اللامدركة في الاحوال التي تكون فيها المراقبة ساهية كالنوم مثلاً فان اللامدرك يحاول تحقيق ميوله فيه . وفي الحركات الفجائية العفوية التي تصدر وهلة من بعض الاشخاص مما حدا بفرويد الى جعل درس الاحلام من خيرة الطرق التي يتوصل بها الى كشف المبهمة القائمة في ديجور النفس .

ومن هذه الخلاصة الموجزة يتبين لنا ان كثيراً من الامراض الروحية

ينشأ من النزاع القائم بين المدرك واللامدرك . ومن هذه القاعدة الأساسية تظهر لنا طريقة الوقاية من تلك الامراض وسبيل مسداواتها . وهما يتلخصان بإبطال هذا النزاع ومنع تلك القوة الغاشمة المبهمة من الانفجار واخلال التوازن الروحي بعامل الضغط المتولد عن الحصر . ويتوصل الى ذلك بقهر القوة الحاجة المراقبة وادخال المبهمة لعالم الادراك وهذا ما يقوم به تحليل الروح

فالتحليل الروحي هو مجموع طرق مختلفة تؤدي الى غاية واحدة هي كشف المبهمة وإيضاح حقيقة الميول الفرزية المكتومة او المنسية الغامضة المحصورة في سويداء النفس بـمجاز القوانين الاجتماعية والمبادئ العامة وادخال هذا المبهمة لعالم الادراك فيزول بظهوره عدم التوازن الروحي الباطني ويشفي المرض الناشئ منه :

طرق التحليل الروحي المتبعة

للتحليل الروحي طرق كثيرة مختلفة يلجأ الى كل منها حسب مقتضيه طبيعة المرض والمريض معاً . واهمها :
التنويم المغناطيسي ولا يلجأ اليه الا في احوال خاصة لانه وعبر السبيل كثير الاخطار لا يتغذى في الغالب الى الهدف المطلوب . وقد اعرض عنه فرويد لهذه الاسباب متبعاً الطرق التالية :
 أو يل الاحلام ، تداعي الافكار المطلقة ، درس الحركات والاضاح السلبية والايجابية

١ - تداعي الافكار المطلقة

يضطجع المريض على سرير او مقعد طويل مسترخياً جميع عضلاته

التي يجب ان تكون في حالة الاتساق والراحة التامة . ويجلس الطبيب الروحي على مقعد خلفه وذلك في غرفة بعيدة عن كل ضوضاء خالية من كل ما يمكن ان يسترق البصر . ثم يدعى المريض الى الاعراب بصوت خافت يسمعه الطبيب عن كل ما يطرق ذهنه من الافكار والصور الذهنية مطردة او غير مطردة بلا تقييد البتة .

ان المريض يشعر في بادئ الامر باضطراب باطني لا عينا اذا كان في خاطره ما يحاول كتلته فانه لا يطلق لفكره العنان ويعمل على الابتعاد عن كل لفظة تشير الى مبعذه بطرف خفي . ويلاحظ هذا الاضطراب في عدم تسلسل الافكار او بطاقتها وفي التردد وعلامات اعمال الذهن لابتعاد افكار غير التي تتوارد عفواً على الخاطر . ولكن هذا الدور لا يطول كثيراً حتي يستأنس المريض بالحكيم ويتطامن اليه فترسخ مرابط ارادته وتنتقل افكاره عفواً بلا قيد ولا حاجر . فيدونها الطبيب حرفاً حرفاً كما انه يدون . كل منا يلاحظه في سبيله المريض من مظاهر الانفعالات والقلق والحركات التي تحدث عفواً لديه شروء لفظة تتعلق بجهمه وتساعد على كشف الستار عن حياته الروحية الخفية .

وغب بضع جلسات او جلسات كثيرة تدون فيها افكار المريض على الصورة المتقدمة الذكر يشاهد ان كثيراً من الالفاظ والجمل التي فتاهها المريض تحوم حول فكرة واحدة خامضة متسلطة وان الاضطراب والانفعالات التي كانت تبدو على سبائه كانت توافق في الغالب تلك الالفاظ او الرموز والكنائيات المتعلقة بتلك الفكرة الانشائية . فينبه الحكيم

الى هدفها ويعمل اذ ذاك على ايضاحها وتحقيقها بارشاد المريض ببعض الاسئلة الى طريقها دون ان يشعر .
وهكذا يتوصل المريض وحكيمة الى كشف تلك الفكرة الكامنة في حلك النفس واطهار ذلك المبهم المحصور في باطنها وهو سبب علة المريض للروحية .

٢ - درس الاحلام وتأويلها

ان لدرس الاحلام المكانة الجلى في تحليل الروح لان النوم هو الفرصة التي يتمكن فيها المبهم من مغالبة المراقبة وتحقيق بعض ميوه المحصورة التي يتعذر ظهورها في حالات اليقظة . غير ان هذه الميول لا تبدو في عالم النوم بلباسها الحقيقي انما تكتسي ثوباً غير ثوبها فتصيب لذلك معرفتها مما يستدعي الدرس والبراعة التامة في التأويل . وقد دلت التجارب والمشاهدات الكثيرة على ان الميول المتشابهة تتجلى في الغالب برموز متشابهة مما ساعد على وضع قواعد عامة لتأويل الاحلام لا تسمح هذه المعجالة بذكرها .

٣ - درس الحركات السلبية والايجابية العنوية

ان للحركات الفجائية السلبية والايجابية العنوية اي غير الارادية اهمية كبيرة في الدلالة على المبهات لانها تنعكس في الغالب عن انفجار الافكار المحصورة المضغوطة . ومن تلك الحالات نسيان بعض الاسماء وهلة والاختلاط الذهني والذهول والحركات العضلية والاشارات غير الاختيارية والارتباك في القيام ببعض الاعمال البدوية وغير ذلك .
هذه خيرة الطرق المتبعة في تحليل الروح لكشف المبهم المحصور

في ديمجور النفس واخراجه من عالم الالامدرك الى حظيرة المدرك .
وهي طرق مظلمة وعرة المسلك يتيه السالك في صحرائها بسهولة
ان لم يكن له من البصيرة والحداقة والخبرة التامة هادي امين . وعدا
ذلك فهي سبل بعيدة الشوط يقضي السالك فيها احيانا شهوراً ومنين ليصل
الى غايتها . وتلك غاية لعمر الحق مثلي فيها شفاء من مرض عضال يقضي
بصاحبه الى الذل والهلاك العاجل .

المداداة الروحية

بعد ان يتهدي الطيب والمر يض الى السبب الحقيقي اي الى المبهمة المحصور
في النفس الذي نشأت منه الاختلالات العقلية يأخذ الطيب المداوي
بالعمل على ازالته بطرق مختلفة منها :

١- طريقة الاقتناع والتترك وخلصتها ان الطيب يقنع المريض بفساد
الاسباب التي ولدت في نفسه تلك الميول المكروهة وانها منبعثة عن
خطيئات سن الصبا . وهل من الناس من يشاير على مطالبة مدين بدين
اذا قنع بان هذا الدين لم يقع حقيقة بل وهماً في حالة السكر مثلاً ؟
وهل من الناس ايضاً من لا يترك عداوة صديق حينما يعتقد بان
سبب هذه العداوة كان ناتجاً من خطأ تأويل او وشاية حاسد ؟ .

٢- طريقة التحويل او التصعيد وفيها يحاول الحكيم المداوي تحويل
الميول التي لا يمكن تحقيقها الى ميول سامية شريفة حميدة كاعمال البر
وخدمة الانسانية عند البعض وكالجنوح الى احدى الطرق المذهبية الدينية

عند البعض الآخر وكالاتغال بالفنون الجميلة الى غير ذلك حسب بيئة المريض وعلمه واخلاقه وتربيته .

٣ - طريقة التهذيب وفيها يعمل الطبيب على تهذيب ميول مريضه التناسلية وتحقيتها بصورة مشروعة .

...

قيمه مذهب تحليل الروح

ما من ريب في ان تحليل الروح هو من خيرة الطرق المؤدية الى شفا كثير من الامراض الروحية العصبية والعقلية . ومن اجل الدعائم الاساسية التي يجب الاتمهل في بنيان الفلسفة الحديثة العامة لاسيا في اثرية والتعليم والفنون والاجتماع .

ومن الواجب اللازب على كل طبيب يشتغل بالروحيات ان يلم بتعاليم هذا المذهب الماماً تاماً والا يضل السبيل في مداواة كثير من مرضاه ضاللاً لا محمد عقباه

على ان هذا المذهب ليس خلواً من كل شائبة ففيه مجال للنقد لا تسمح لنا هذه العجالة بطرق بابه . ويا حبذا لو اعتيض فيه عن كلمة التناسليات بكلمة اعم منها وهي الافعالية لكان اجمع للحقيقة . ولم يفرط معتنقه في تعميمه في شرح كل الافعال الحيوية الروحية العامة وقيد استعماله بذوي الاختصاص ممن عرفوا بمتانة الاخلاق الفاضلة وطهارة الذيل والشرف والخبرة والامانة .

مثال موجز لبيان فائدة تحليل الروح

ان الآتسة وهي في سن الثلاثين من عمرها اصبحت منذ عشر سنوات بمرض روحي عضال منع خوف وتحرز من الرجال وبغض شديد لوالدها الذي توفي من عهد غير بعيد . اما ميولها نحو النساء فهي بعكس ذلك مملوءة حباً وحناناً . وقد رفضت الزواج وتعيش لوحدها بصورة وحشية . وقد عولجت منذ بدء المرض بكل الوسائل الفنية فلم تتحسن حالها

ولدى مبر غور نفسها بواسطة تحليل الروح ظهر انها حينما كانت في سن الثمانية من عمرها شاهدة والديها وهو في حالة السكر والسفه هاجماً على والدتها وهي في فراشها يوسعها ضرباً وشتماً . فيها لها هذا المنظر واثري في نفسها تأثيراً ميثاقاً مرضها الحالي الا احد انعكاساته .

وعند اخراج هذا المبعم المنسي البكم في النفس الى حيز الادراك قنعت تلك الآتسة بأن منشأ مرضها هذه الحادثة المؤلمة فزال عدم توازن روحها واعتدلت ميولها بما جعلها تقبل الزواج . وهي تعيش اليوم ربة بيت من خيرة السيدات الصحيحات (تحليل الروح في الامراض الروحية العصبية تأليف لافورغ وألاندي)



ارتكاز السخند المغيب

بحث موجز عن حادثتي ارتكاز السخند (Placenta) المغيب، الاول مركزي والثاني جانبي مركزي . نجله الولدين والوالدين .

الحكيم ذفيد يزنو طبيب في مستشفى القديس لويس في دمشق



ان ارتكاز السخند المغيب مرض من امراض الحمل قد لا يبدو فيه اقل عرض في اثناء الحمل كما انه قد يفاجئ الاثنى مفاجأة صغيفة في اثناء المخاض والولادة . فيترتب على كل طبيب ان يفكر فيه حينما يدعى الى حامل اخذها المخاض وبدأت تنزف نزفاً غزيراً وان يستعد لمعالجة هذه الحوادث بحكمة وروية .

قيض لي الحظ ان دعيت خلال سنة واحدة لمعالجة حادتين من هذا النوع كانت نتيجتهما شفاء الوالدين ونجاة الولدين فرغبت في ان استخلص منهما بضغ نصائح عملية تفيد الاطباء المتمرنين .

المشاهدة الاولى : السيدة ن . ه . ه . لما من العمر ثلاث وثلاثون سنة . ولودة (Multipare) سبق لها ان حملت ووضعت دون ان تصاب باقل اختلاط غير انها كانت هذه المرة مصابة بالتهاب مهمل في رحمها قبل المولود .
الحمل : كانت اضطرابات حملها الاخير زائدة عما كانت عليه في المرات السابقة . ونعني بهذه الاضطرابات التفرث (في الحوامل) والدوار والقمة (فقد الاشتهاه) وما شاكل .

أصبحت منذ الشهر السابع لحملها بسيلان احمر كان ينتابها منقطعاً بدون ألم ثم أخذ الدم يزداد شيئاً فشيئاً حتى انها أصيبت بفقر دم شديد اضطرها الى ملازمة الفراش مدة شهرين .

استدعيت في ١٦ كانون الثاني سنة ١٩٢٦ لمعالجة المريضة المذكورة فأدركت حرج الموقف لأن عدد نبضها كان يتجاوز ١٢٠ في الدقيقة وكان قد أغشي عليها وكانت حالتها العامة سيئة حتى أن الموت لم يكن منها الا على قاب قوسين او ادنى . فبادرت الى مس المهبل بالاصبعين فشعرت بفصوص السخند ولاحظت ان الحولاء (جيب المياه) لم تثبت بعد وان اتساع عنق الرحم لا يزال ناقصاً فقررت لزوم التوسط التوسط : وسعت عنق الرحم باصبعي وبدأت بفك ارتكاز السخند من جهات مختلفة ثم ثقت الحولاء وادخلت يدي في جوف الرحم لأجري التقلب القديمي واثبتت رجل الجنين الى السبيل التناسلي فأوقفت النزف ثم بدأت اجر القدم المذكورة جراً تدرجياً حتى اخرجت الجنين بصنع حركتي براكتوث هيك وموريسو وهكذا تمكنت من اخراج الطفل حياً وكان غلاماً .

اخراج الخلاص : جرفت الرحم باصبعي واخرجت البقية الباقية من الخلاص التي كانت ملتصقة بها (اي بالرحم) وقد تبين لي من فحص السخند انه كان سطحاً رقيقاً وبهضي الشكل .

النتيجة : - ولد حي ، شفاء الوالدة .

المشاهدة الثانية : السيدة ر . س . لها من العمر ٢٨ سنة تزوجت منذ ست سنوات وحملت خلال هذه المدة اربع مرات وولدت اولاداً احياء وليس في سوابقها الارثية ما يتعلق بمرضا الحاضر .

حملها الحالي : كان سيره طبيعياً حتى الشهر الثامن اذ بدأت تصاب بأنزفة متقطعة قليلة غير انها أصيبت في الشهر التاسع بنزف غزير .

انقطع هذا النزف على اثر سد المهبل حسب طريقة لورو . الا انه عاودها بعد يومين وصحبه الخاض هذه المرة .

وقد تبين لي من فحصها انها مصابة بفقر الدم لان نبضها كان منخفض التوتر وقد اجر بت المس المهبل فتأكدت انها مصابة بارتكاز السخند المغيب المركزي لانه

كان يسد فوهة العنق سداً محكمًا فكان الجنين متداخلًا برأسه .
 التوسط الجراحي : بدأت بانعاش العليقة بادوية منبهة واخذت أوسع عنق
 الرحم وافك حوافي ارتكاز السخند باصابعي وكانت عملي هذا متعباً وخطراً . وقد
 رغبت في نقل المريضة الى المستشفى لتجرى لها العملية القيصرية غير ان حالتها العامة
 لم تكن تسمح بذلك . وهذا ما دعاني الى متابعة عملي فثقت السخند والاغشية
 بالمقراض فانقطع النزف (مضى اخضعت الحامل ماء فانها لا تنضج دماً بعد ذلك) «السيدة
 لأشابل» . ثم فككت ارتكاز القوس السخندي حتى توصلت الى رأس الجنين
 فأخرجته حياً بالملقط وكان غلاماً .

الخلاص : كان اخراج الخلاص سريعاً جداً لأن معظمه كان منفكاً عن
 الرحم ولدى فحص قرص السخند وجدته متغيراً ومملوءاً بانفجارات الدموية .
 النتيجة : = نجات الولد وبراءة الوالدة .

النتائج : ١ = يتضح لي ان كثرة الولادة في الحالتين السابقتين
 تعد من الاسباب الاساسية في ارتكاز السخند المعيب .

٢ = ان نزف الدم في الاشهر الثلاثة الاخيرة عرض هام لارتكاز
 السخند المعيب وربما كان في اغلب الاحيان العرض الوحيد .

٣ = ان الوسائط التي لجأت اليها يترتب على كل متعذر اني يجربها
 وهي افضل الوسائط لمعالجة ارتكاز السخند المعيب . لأن فك ارتكاز
 السخند مكنتني في الحالتين من تسريع المخاض وانقاذ حياة الولدين والوالدين
 ٤ = بتوسع العنق الطبيعي بسهولة بالاصابع وعلى المولد الا يروعه
 النزف في اثناء التوسيع .

٥ = يجب ثقب الحولاء في ارتكاز السخند المعيب مهما كانت
 الاغشية بعيدة واخراج الجنين بالتقليب اذا كان الاعتلان كتيباً او بملقط

الجنين اذا كان المخي قياً .

٦- يجب على الطبيب ألا يضع الوقت سدى والا يروعه النزف وان يسرع بتخليص الانثى .

يترب على كل مولد يحرکه وجدان حي ان يعتقد بهذه النصائح الاساسية خدمة للانسانية ومحافظة على الارواح التي عهد اليه بامورها الصحية .

❖ قضيب مضاعف ❖

وجد الحكيم كورادو حين فتحه لجثة رجل عمره ٣٨ سنة : قضيبين طول كل منهما ٧ - ٨ سنتيمترات ولا غرلة [Prépuce] لها ، صماخها البولي مفتوح في الاسفل ، والجسم الكهفي واحد في كل قضيب متصل بالشعبة الوركية العائية المناسبة ، وفي كل قضيب احليل ينتهي بثانة ومن كل ثانة يتفرع حالب اذن كان يوجد في الرجل قضيبان واحليان ومثانتان .

وكان منظر الصفتن طبيعياً ولا يجنوي الا على خصية واحدة من كل جهة غير ان الشرج كان مضاعفاً بفتح كل منهما في الظاهر عند الجهة الانسية لارتكاز الصفتن وينتهي في الباطن بمستقيم مضاعف طوله ثمانية سنتيمترات .

نظرات في الكون

من خلال الكشف العلمية الحديثة (خاتمة)

الحكيم اسعد الحكيم طبيب مستشفى ابن سينا



تصنيف الاشعة

تتميز اشكال القدرة المشعشة بعضها عن بعض بمدة دوام اهتزازة كل منها (ذ) (في الثانية او جزء الثانية) او بعدد الاهتزازات (ع) في وحدة الزمن (اي الثانية) وببارة اخرى بطول موجتها (ط) فان طول موجة اي ضوء هو عبارة عن المسافة التي يقطعها هذا الضوء في مدة اهتزازة واحدة . وتقاس بتقسيم سرعة الضوء ٣٠٠٠٠٠ (كم) في الثانية على عدد الاهتزازات في الثانية

$$\text{ط} = \frac{\text{س: سرعة الضوء}}{\text{ع: عدد الاهتزازات}}$$

وبما ان سرعة الضوء (س) لا تتغير في الفراغ في جميع الاشعاعات فمن الممكن اذا تميزت الاشعة بعدد اهتزازتها في الثانية كما هو الحال في بحث الصوت .

ومن هذه القاعدة يتبين لنا ان نوع الشعاع لا يتغير البتة مهما تبدلت سعته اي شدة حركته الاهتزازية المشعشة ما دام طول موجته وطرز اهتزازة الدوري ثابتين . وايضاحاً لذلك فلنفرض ان مصدراً مضيقاً ينشر

شعاعاً فوق البنفسجي طول موجته مثلاً $\lambda = 0.1 \mu$ ميكرونا . فان هذا المصدر يشابه بفعله رشاشاً يطلق في الثانية ٧٥٠٠٠٠ مليار مرمر متساوية العيار . فهذا المرميات تظل تدعى مرميات النوع الفلاني من الرشاشات او اشعة ما فوق البنفسجية ^(١) . مما اختلف حجمها من حبة القمح الى قذيفة المدفع الكبير ما دام عددها في الثانية ثابتاً لا يتغير .

وقد اتفق الطبائبيون في درس القدرة المشععة على استعمال عدة آحاد اساسية لتعيين اطوال الموجات المختلفة تبديل حسب ثنائيات (Octaves) الاشعاع الكهربائي المغناطيسي المختلفة المعروفة اليوم .

وقد زيد على هذه الآحاد في عهد جمعية الاستقراءات الشمسية الدولية واحد اساسي جديد هو الانجستروم وهو جزء من عشرة آلاف جزء من الميكرون .

اما الآحاد التي تقاس بها اطوال الموجات فهي :

المتر	م
واحد من المائة من المتر	سم
واحد من الألف من المتر	مم
واحد من الألف من المليمتر	مك
واحد من عشرة آلاف من الميكرون	مك
واحد من عشرة آلاف من الميكرون	انج
واحد من المليون من الميكرون	مك مك

(١) نقول الاشعة ما فوق البنفسجية لاننا نقصد بها الاشعة التي هي فوق الاشعة البنفسجية وليس فوق اللون البنفسجي .

١ - الموجات الكهربية او الهرتزية

تحققت المخابرة اللاسلكية قبل ان تعرف الموجات الكهربية بائية بعدة سنوات فان مورس (Morse) ارسل اول برقية لاسلكية عام ١٨٤٢ بواسطة الصدمات المهتزة الكهربية في الارض . ثم جاء بعده بريسه (Preese) عام ١٨٨٢ فاجرى المخابرة اللاسلكية بين بريطانيا وجزيرة ويت (Wight) بالطريقة نفسها . اما الموجات الكهربية بائية فقد كشفها هرتز (Hertz) الالماني عام ١٨٨٦ بواسطة مُرْتَنَه المنسوبة اليه (Raisonneur de Hertz) . ثم تعددت الآلات كاشفة هذه الاشعة وهي حسب تواريج اختراعها :

لاحق برانلي في عام ١٨٩٠ Coherer de Branly

كاشف فرييه بمحمل الكهربية سنة ١٩٠٠ Detecteur Electrolytique

de Ferrié ثم بواسطة الكواشف ذات البلورات (كبريتية الاسرب

الطليعية Galène ثم بواسطة المصابيح ذات الاقطاب الثلاثة الكهربية

وتستحصل الموجات الكهربية في الوقت الحاضر بواسطة الاقواس

الكهربية العظيمة الشدة او بواسطة Alternateur à haute frequency

ان طول الموجة في الموجات الهرتزية يزداد دائماً على ٠.٦٢ م (نيقول

وتار ١٩٢٣) وبلغ حتى (عشرين الف متر) . اما عدد الاهتزازات

فلا يتجاوز ١٠^{١٢} اي ١٠٠٠ مليار اهتزازة في الثانية .

وقد زادت قدرة التمدوجات الهرتزية زيادة عظيمة بازدياد طول

موجتها ازدياداً فائقاً

هذا وان طول الموجة التي هي بمقدار ٠.٠٢ مم هو الحد الاصغر الذي يمكن كشفه بواسطة الكواشف الحاضرة
اما الامواج التي هي بطول مائة متر فانها تنتشر بصورة تفضل على غيرها من حيث انها تساعد كثيراً على المواصلات في المسافات البعيدة بصرف قوى قليلة جداً

٢ - الاشعة تحت الحمراء

لا تختلف التموجات تحت الحمراء بصورة اساسية عن التموجات المرئية فان كليهما تنتشر في الفراغ بسرعة واحدة .
اما اطوال موجاتها فتختلف ما بين ٠.٧٣١٠ ميك اي ٠.٧٣١٤ و ١٠٠٠ ميك اي ٠.٧٣٦ و ١٠٠٠ ميك اي ٧٠٠٠ انج . ويتراوح عدد اهتزازاتها في الثانية ما بين ٥٠٠٠٠٠ مليار و ٤٠٠٠٠٠٠ مليار في الموجات ذات الاطوال ٠.٧٣٦ ميك .

وقد كانت تدعى هذه التموجات في السابق التموجات الحرارية وهي محسوسة يشعر بها الجسم البشري وتؤثر بها المستحرات (مقاييس الحرارة) ويمتص البلور والشاب الاشعة تحت الحمراء ويشف الملح المعدني عن بعضها (العدسات والمواشير المصنوعة من الملح الحجري Sel gemme لدرس ما تحت الاحمر)

وتصدر قصان اوير Les manchons Auer (الركبة من اوكسيد الطور يوم والسر يوم) وخيوط التونكستن Tungstène في المصابيح المؤتجة قليلاً من القدرة تحت الاحمر مما يجعلها مضينة جداً .

وقد استعملت الاشعة تحت الحمراء في الحرب العالمية لارسال اشارات في الفضاء غير مرئية بتعذر على العدو ان يحول دون مرورها فان العالم الطبيعي شاربونو (Charbonneau) وضع بالاشتراك مع هبرت ستيفنس ولاريفالدي (Hebert Sevens et Larigaldi) من عسكر الاستحكام عدة اجهزة لاستخدام هذه الاشعة الطيفية

اما بعد الحرب فقد تكاملت هذه الطريقة الحديثة واستعملت في البحرية والطيران . وخلصنا انه بوضع في المركز المرسل ضوء غني جداً بالاشعة تحت الحمراء توجه انواره الى حاجز خاص يسمح بمرور تلك الاشعة فحسب ويتمص الاهتزازات الضوئية المرئية - و يوضع في المركز الاخذ كشف خاص يكشف هذه التموجات غير المرئية فتشاهد الاشارات اما بالعين او تدرك بواسطة السمع .

٣ = الاشعة المضئية

تتراوح اطوال موجة الاشعة المرئية او الاشعة المضئية ما بين ٠.٧٦ مك و ٠.٤٠ مك . ويختلف عدد اهتزازاتها المزدوجة في الثانية ما بين 10^{12} اي اربعمائة الف مليار في ذات الطول ٠.٧٦ مك وبين $10^{15} \times 760$ اي سبعمائة وخمسين الف مليار في ذات الطول ٠.٤٠ مك .

اما طول موجة الضوء البارد الذي ينبعث من البلورات المنيرة فيتراوح ما بين ٠.٥٧ مك اي ٥٧٠٠ انج و ٠.٥٠ مك او ٥٠٠٠ انج ويشغل هذا الضوء محل الاصفر ذي الخضرة .

٤ = الأشعة فوق البنفسجية

تتراوح أطوال موجة الأشعة فوق البنفسجية غير المرئية أو المظلمة ما بين ٠.٠٦٤ مك و ١٣٦٠.٠٦٠ مك ويتراوح عدد اهتزازاتها المزدوجة في الثانية ما بين ٧٥٠ ألف مليار في الموجات ذات الطول ٠.٠٦٤ مك وثلاثة ملايين من المليار في الموجات ذات الطول ٠.٠٦١٠ مك . وكانت تسمى هذه الأشعة الكيماوية وهي تعميم الى أربعة أقسام:

١ فوق البنفسجية العادية	٠.٠٦٤ مك — ٠.٠٦٢ مك
٢ اشعة شومان فوق البنفسجية	٠.٠٦٢ مك — ٠.٠١١٢ مك
٣ اشعة ليان	٠.٠١١٢ مك — ٠.٠٦٥٠ مك
٤ " ميليكان "	٠.٠٦٥٠ مك — ٠.٠١٢٦ مك

وتولد الأشعة فوق البنفسجية المنبعثة عن الشمس الاوزون (Ozone) في الجو العلوي وغاية ما ندركه اللوحات الفوطوغرافية من طيف الشمس فوق البنفسجي هو ٠.٠٢٩ مك اما البقية المفقودة فتتمثل ٤ في المائة من مجموع الاشعاع ولولا انتصاصها لتعذرت الحياة على الارض

• = اشعة اكس الينة

درس هولوك (Holweck) هذه الأشعة بصورة خاصة عام ١٩٢٠ فشاهد ان طول موجتها يتراوح ما بين ١٤٤ انج و ١٢ انج . وتولد من تصادم الكهارب على القطب السليبي المعدني ، وقد درست هذه الأشعة خاصة من حيث تأثيرها الفوطوغرافي

كشف رونتجن هذه الأشعة عام ١٨٩٥ بواسطة درس اشعاعات
الأيوب كروكس . وقد ظن في ذلك التاريخ ان لهذه الأشعة اهتزازات
من طراز جديد اعتبروها طويلة او انها ارتجاجات غير دورية وذلك لعدم
مشاهدتهم الخواص الضوئية في هذه الأشعة (الانعكاس . الانكسار) وقد
دام هذا الاعتقاد الى ان كشف براغ وولده انعكاس الأشعة المحمولة على
السطوح البلورية .

اما اطوال موجتها فتتراوح ما بين ١٢ انج و ٠.٠٥٧ انج .

٧ = الفاعلية الاشعاعية - أشعة الراديوم والناصر الاشعاعية

ترجع معرفة الفاعلية الاشعاعية الى كشف بكار للأورانيوم عام
١٨٩٦ والى كشف بطرس كوري وزوجته للبولونيوم والراديوم الذي
هو اشد فعلاً من الاورانيوم بليون مرة . اما اطوال موجة الاشعاع (غاما
Gamma) في العناصر الاشعاعية المختلفة فقد درسها روترفور واندراو عام
١٩١٤ حسب طريقة بروغلي وهي تتراوح ما بين ١ انج و ٠.٢٨ انج .
يتراءى لك ايها الزميل الكريم من خلال تلك النظرات العامة ان
علم الاشعاع يتسع يوماً بيوماً بصورة مطردة سريعة . وان الطبيعة لم تزل
محتجبة حتى اليوم امام العقل البشري الذي لم يدرك بعد من حقيقتها الا ما
يدركه الرضيع من حقائق العلم الحالي . فالجمال والجمالة هذه واسع عظيم
امام الجهود البشرية المبهمة للعمل . وما عجائب علم اليوم وغرائب الفنون .
الحديثة الرائمة بشيئ تجاه ما سيطلعنا عليه الغد . وما الغد الا للقوم العاملين .

خطة العمل الواجب اتباعها في الولادة الطبيعية

« دروس افتطلها من بعض المحاضرات في مستشفى
لارنيه الحكيم الاستاذ لومر كل ونقلها الى العربية
الحكيم الاستاذ شوكة موفق الشطي »

يترتب على الصيدلي ان يستحضر سفة خاصة يضع فيها جميع ما
يحتاج اليه المولد في اثناء الولادة الطبيعية (سفة الولادة - Panier d'accouchement) وتعاد السفة الى الصيدلي بعد انتهاء الولادة فيتناهى ثمن المواد
التي استعملت فقط

اما المواد الطبية التي تازم في اثناء الولادة فهي : الكحول وصنغ البود
والكلوروفرم والارغوتين والنخامين (جوهر الفدة النخامية Pituitrine)
والزيت المسكوفر والبنتين وزرافة (Seringue) للحقن ببعض المواد تحت
الجلد، ومصل يحقن به الوريد حين الحاجة وشاش وقطن ورفادات وذبال
(اي فساتيل) للسد (Mèches à tamponnement) وقفاز، اصبعي
واذضة ومحمئة (Irrigateur) راصيص (مستعملة) وقسطل احليلى (Sonde-
uretrale) وفتية للمحمئة الشرجية (Canule à lavement) ومحمل
اثراث الفضة نسبته واحد الى مائة (لان عصير الليمون الحامض لا يكفي)
وغيوط حرير ومطارة (Compte gouttes)

الالات اللازمة : منقاشان من نوع مناقش كوهل ومقراض ومناطق الجنين (جفت الولادة) (Forceps) وما يحتاج اليه من الآلات في ترميم العجان وقنية لحقن الرحم (Canule intra-utérine) وصراع كبير (Valve) ومناقش ميزو (Museum) ومنقاش لعنق الرحم .

تستحضر جميع هذه الات وتستعمل حينما تدعو الحاجة اليها يُعدُّ سرير الماخض (المطابقة) على الصورة التالية : فيوضع أولاً طبقة من جرائد (Couche des journeaux) فطبقة من نسيج كتيم (Imperméable) فالمقرفة (الشرشف Draps) فاللحاف (Grosse alèze) .

تأهب المولود : - يلبس قميصاً نظيفاً ويظهر يديه ويدخلهما في القفاز تأهب الأنثى - يعمل لها حقنة شرجية في اول زمن المخاض ثم يوعز اليها بأن تبول لافراغ البول المتراكم في مثانتها ولا يجوز بان تقسط مثانتها في هذا الزمن لانها تكون شديدة الاستعداد للالتان الا اذا كانت ممتلئة بالبول ومنسعة . ويجب ان نتخذ حينئذ الاحتياطات اللازمة لمراعاة قواعد النظافة وتطهير صماخ البول بالكحول اليودية . وان تطهر النواحي التناسلية الخارجية على قدر الامكان وذلك بأن يقص الشعر الزائد من على الشفرين الكبيرين او يخلق (وهذا هو الافضل) وننظف المواضع المذكورة بالفاصول (الصابون) ولا يجوز الاكثار من مس المهبل ولا حقنه بمواد مطهرة (لأن ذلك غير مفيد وقد يكون مضر) الا اذا وجدت فيه مفرزات غزيرة . فيحقن ببائل لا باراك الممدد او محلول

اليود اليودوري اجتناباً لمرور الجنين في جوف مملوء بالآ وساخ .
 ما يحتاج اليه الوليد : مقطرة ومحلول ازوتات انفضة والبسة
 (ثياب) .

واجبات الطبيب في زمن التوسع

اذ لم تكن للطبيب معرفة سابقة بالانثى وجب عليه ان يفحصها
 ويتحرى علامات قصور كليتها كالاستسقاء آت والبول الآحي وعليه
 كذلك ان يصفي الى القلب والرئة وان يتفقد علامات الاصابة بالكساح
 (الرخيطس) .

يجرى الفحص بالتأمل والنظر (Inspection) وبالجس وبالاستماع
 واما المس المهلي فأمر متناقش فيه لان بعض المعاهد تعده خطراً وتفضل
 عليه في مثل هذه الاحوال استقصاء الطريق التناسلي بالمس الشرجي . هذا
 ولما كان المس الشرجي يؤلم الانثى ولا يفني عن المس المهلي فلا مانع من
 اجراء هذا المس بعد اتخاذ الاحتياطات اللازمة بتطهير اليدين واستعمال
 الاصابع القفازية المعقمة .

ونراقب بعد ذلك الوالدة وحالة مخاضها وبلغ ما تشعر به من الالم المسبب
 عنه ونسمع دقات قلب الجنين لان اضطرابها الفجائي يدل على انخفاض
 السرر (الحمل السري) ويدعو الى التوسط حينما يسمع العنق اتساعاً كاملاً .
 واجبات الطبيب في زمن الدفع (Periode d'expulsion) — يجوز

اعطاء المخدرات في هذا الزمن وقد جرت العادة في سريرات تارنيه ان
 تخدر الانثى متى كان الم المخاض شديداً فتنشق الانثى الكلورفورم في اثناء

التقلصات الرحمية فقط ولا نشق ذلك في الزمن الفاصل بين الطلقين (١) يطلق على هذا النسق من اعطاء الكلورفورم اسم طريقة الملكة (Chloroforme à la reine) ويجوز استعمال التخدير القطني وذلك متى رغب في اعادة المعجان والفرج والعنق لينة و يلجأ الى ذلك في الخروس (اولية الولادة) المسنة وبفضل برندو (Brindeau) الأثر على الكلورفورم اذا اعتري المطلقات (٢) النزف فإن المخض (٣) يحتلن الكلورفورم جيداً .

يوعز الى الانثى بتقليص عضلات بطنها في هذا الزمن لان ذلك يساعد الطلقة الرحمية ويخفف عن الماخضة الألم ويشار عليها ايضاً بان تعلق فيها في اثناء الطلقة .

ويجب ان يسمع المولد قلب الجنين في الفاصلة الواقعة بين الطلقين وليعلم انه لا يجوز ان يموت الجنين في زمن الدفع (P.d'expulsion) ولا يتر مدة حتى يبرز الرأس في الفرج وهذا الدور مهم جداً لان خروج الرأس يجب ان يتم حسب اصول خاصة فكل اهمال او خطأ في العمل آتذ يؤدي الى تشقق المعجان .

ويجتنب في اثناء ذلك اجراء كل ما من شأنه ان يرض الفرج والمهبل والمعجان كالتوسيع بالاصابع لان ذلك لا يفيد لابل يضر ويساعد على حصول

(١) الطلقة (الدفعة من وجع الولادة)

(٢) الملوقة (طلقت المرأة اصحابها وجع الولادة وهي مطلوقة)

(٣) الماخض (الانثى التي اخذها المخاض وجمها مواخض ومخض)

الاثنتان . وخير الامور ان يتقدم رأس الجنين بتأثير المخاض فقط الى ان يبرز من الاعضاء التناسلية . وبروزه من الاعضاء التناسلية دليل على خضوع العضلات الرافعة وزوال مقاومتها فينظر حينئذ قليلاً ثم يوعز الى الماخذ ان تدفع ويستحسن ان يستمر هذا الزمن مدة طويلة لان ذلك يضمن اتساع العجان اذ ان الولادة الشديدة السرعة ليست حسنة ولأن الجنين يقاوم الاختناق اكثر مما يتحمل الضغط حين اخراجه بالملقط . ويجب التوسط حيناً يحكم بأن اخراج الرأس اصبح سهلاً وذلك بضغط الابهام والسبابة والمتوسطة في الورا لجانبي العجز . ان ذلك يساعد الرأس على الانبساط ويسهل خروجه (نبذ نواة الكرز) ثم يوعز الى الماخذ (المطلقة) في هذه الاثناء بأن تقلص عضلات بطنها قليلاً لتسهيل خروج الرأس . ويطلب منها ان تفتح فمها او تصرخ لتتخلص من الدفع الذي تشعر بانها مضطرة الى عمله على الرغم من ارادتها

ونفحص بعد ذلك ناحية ماتحت القفا (النقرة) ويحكم فيما اذا كانت مناسبة لوصول العانة (اذ ان قطر ماتحت القفا اصغر من غيره) . ثم يدفع القسم العلوي للفرج برفق (الحافة العلوية في هذه الحالة) الى جهة ناحية ماتحت القفا ويثابر على ضغط جانبي العجز في الورا باليد الثانية كما اسلفنا وتخرج احدي الحديتين الجداريتين بالابهام ثم تليها الثانية فالجبهة و يدار الرأس بعد ذلك وتخرج الكتف الامامية فالخلفية واذا لوحظ ان العجان يتمزق على الرغم من كل ذلك وكنا نخشى تشققه تشققات واسعة جاز لنا ان نقطع بالمقراض جانبي الفرج او نجري شقاً عمودياً يقطع شقاً جانبياً

(برندو Brindeau) فيولك الجنين ولادة سهلة آمنة .

وبعد ان يخرج الجنين يقبض بالمنقاش على السرر في قسمه الواقع الى جهة الوليد ويقطع او يقص من فوق المنقاش ثم يلف الولد برفادة دافئة ويحتب وضع منقاش على الطرف السخدي (اي الجزء الواقع الى جهة السخد placenta) من السرر الا اذا كانت المرأة متملاً . ان اجتناب القبض على الطرف السخدي للسرر بمنقاش يساعد على افراغ قسم عظيم من دم السخد فيصغر حجمه ويسهل خروجه او اخراجه يوضع على الفرج بعد خروج الملحقات فطن معقم ملفوف بشاش معقم . واما اذا تمزق المعجان وتشقق فيجب ان يخطا ويرم بهد خروج الملحقات . العناية بالطفل — يدخل الطيب اصبعه في فم الطفل ويستنصفي في حلقه لئلا يكون مصاباً بالشقوق الحنكية الخلفية . ويرى ايضاً ما اذا كان يوجد على يدي الطفل حويصلات من نوع (Pemphigus) او اذا كان مشوها او كانت كبده كبيرة او طحاله ضخماً او عموده الفقري مشوها يربط السرر بخيط حر يري او يملقط بار (Bar) ولا حاجة الى غسل الطفل (استحمامه) وانما يكفي ان ينظف بزييت الفازلين ويضمد السرر اضماد جاف ثم يوزن الطفل وبقاس وبلبوس وينظر في عينيه محلول نترات الفضة المستحضرة على نسبة واحد الى المائة ويوضع في سرير ثابت وغرفة دافئة بعد وضع محبتين معدنتين (Bouillottes) او قنبتين مملوئتين ماءً حاراً الى جانبيه احدهما في الجهة اليمنى والثانية في الجهة اليسرى . ويجب ان تلف المحبتان بنسيج صوفي لئلا تؤذي الحرارة جلد الوليد

الخطوة الواجب اتباعها في الخلاص الطبيعي (ولادة الملحقات الطبيعية)

Conduite à tenir dans la délivrance normale

يتعلق انذار الولادة بكيفية خروج الملحقات الجنينية او اخراجها لان اكثر الانثانات النفاسية تنتج من المس بالدرجة الأولى ومن الخلاص النساء اجراؤه في الدرجة الثانية .

يطرأ على الرحم بعد ولادة الجنين فتور موقت يجب احترامه لانه يسمح للرحم باستعادة قواها لتستطيع التقلص ثانية ودفع الملحقات .

وتختلف مدة هذا الفتور الحلقى (الفسيولوجي) الموقت فقد تكون مديدة في البعض ووجيزة في البعض الآخر . واما مدته المعروفة فهي من ١٥ الى ٢٠ دقيقة فقط

تبدأ الرحم بعد ذلك بالتقلص فينك السغد ويبدأ انفصاله من المركز او من الحافة وفي كلا الحالين تحصل في وجهه الخلفي انزفة . ثم لا يلبث ان تنفك جميع نقاطه فيقع في جوف الرحم ويستند على قوامها الداخلية ومتى دخل السغد المنفك القطعة السفلية للرحم ثور هذه الناحية فينجم عن ذلك ان الرحم ترتفع ومتى بلغت الملحقات المهبل لتستعيد القطعة السفلية حجمها الحلقى تهبط الرحم وتنخفض .

خطوة العمل - لا بد من احترام دور الفتور الطبيعي وعدم اجراء اي حركة كانت من شأنها تقليص الرحم قبل انقضاء هذا الدور (الا اذا كانت تنزف الانثى نزفاً غزيراً) ولا يجوز الجر ولا التمسيد ولا اس

(Effleurage) عضد البطن (اي جداره) في هذه الحالة وانما يكتفى بالنظر الى البطن لمراقبة حجم الرحم واتباع حر كات صعودها وهبوطها والنظر في حالة النبض والوجه والتزف . ويطى عادة نبض النساء في اثناء ولادة الملحقات . ويجب الانتباه الى المثانة وتفريغها لان المثانة المثانة تعوق ولادة الملحقات (الخلاص)

ولا بد من الانتظار ريثما تعود الطلقات الرحمية فيحكم بان الملحقات قد انفكت عن عضد الرحم واصبحت في المهبل فيجب اذ ذاك التوسط لاجراج الملحقات لان تقلص الرحم لا يؤثر في ملحقات الجنين الموجودة في المهبل .

ياخذ المولود الخلاص بعد ولادته بل يديه ويفحصه خذرا ان يكون بمضه منحسأ في الرحم ويثبه الى ثخن السرر فان ذلك يدل على اصابة اوचितه بالالتهاب ويصادف ذلك في الزهري وتختلف مدة خروج الخلاص من دقائق الى ساعة ومدته الوسطية ثلاثون دقيقة فاذا تجطت هذا الحد وجب الالتجاء الى الوسائط الثلاث الآتي ذكرها وهي :

١ - التعبير (Expression) ٢ - جر السرر (Traction)

٣ - الجمع بين الجر والتعبير معا اي تشارك التعبير والجر . وهذه الأصول هي الأكثر استعمالا ويجب ان يجر السرر بلطف زائد وان يعمل بسيف الفترة الواقعة بين الطلقتين فقط ريثما تخرج الملحقات ويلزم ان يعدل خروج السخند لأن انطلاقه بسرعة زائدة يفضي الى تمزق الاغشية وبقاء بعض اجزائها منحسأ في الرحم ولهذا يؤمن الى الانثى باسترخاء بطنها حين

خروج الملتصقات من الفرج . هذا اذا لم تتمزق الاغشية واما اذا تمزقت
فتؤخذ هنة السخند بملء اليدين وتدور ليتكون من الاغشية جبل ثخين
متين يمكن اخراجه بسهولة .

وبعد ان يخرج الجنين والملتصقات نجس بطن الوالدة للصبور على الكربة
الرحمية التي يدعوها المولودون كربة الامن - (Globe assurant des -
Accoucheurs)
وتعظم اجزاء الفرج الخارجية .

ولا يجوز ان تترك الوالدة قبل انقضاء ساعتين على خروج الملتصقات
الا اذا كانت القابلة بارعة . اما اذا كانت الرحم رخوة وكانت تنزف نزفاً
قليلاً فيوصف بمقدار مسم مكعب من جوهر الفضة النخامية ويمسد البطن
واذا استمر النزف اكثر من نصف ساعة فيجب حينئذ ان يخامرها الشك
في احتواء الرحم على بعض الملتصقات لذلك يستعصى فيها وتفرغ مما تحويه .
خطاة العدل ازاء عوارض الخلاص

تسكن اولاً عن غارضتين اصبحتا نادرتين وهما الشقاق الرحم وانتقلاهما
فالشقاق الرحم يعالج بالاستئصال واما انقلاب الرحم فنادر جداً
ان اهم عوارض الخلاص في الخلاص الناقص - (Délivrance incom-
plète) اي انحباس الاغشية او الملتصقات انحباساً كاملاً او انحباس بعضها
وما يليه من الازفة

أ - ماذا يجب ان يعمل في حالة انحباس الاغشية ؟ انقسم المولودون
بازاء هذا الامر شطرين فمنهم من جدد اخراج الاغشية بالمسح - (Ecouvillo-
nage) او بالتجريف الآلي او الأصبعي ومما شاكل ومنهم من لامض

الفكرة السالفة وقال بفسادها وأشار بترك الاغشية موقفاً وقد جرت العادة في سريريّات تارنيه ان نترك الاقسام المنحبسة ويكتفى بوضع البلبلد على البطن فاذا ارتفعت الحرارة في اليوم السادس او السابع للدرجة ٣٨.٦ مئوية ولم تخرج الاقسام المنحبسة من نفسها يستعصى في باطن الرحم (ولا يجوز اجراء مثل هذا التوسط في البلدة بل يجب اجراؤه في مستشفى نوفرت فيه الشروط) وتخرج اقسام الاغشية المنحبسة

٢- ما ذا يجب ان يعمل متى انحبس السغد كله او بعض اجزائه ؟
ان انحباس السغد او بعض اجزائه لا يشبه انحباس الاغشية او بعض اجزائها و يوجد في هذا الصدد قاعدة مطلقة وهي وجوب اخراج الاجزاء السخدية او السغد المنحبس والتوسط حينئذ ولو خاسرنا في صحة التشخيص شك وارتياب .

و ينحبس السغد متى لم ينفك عن الرحم وذلك متى اصببت الرحم بالفتور او متى التصق السغد او التصقت بعض اجزائه باعضاء الرحم التصاقاً وثيقاً ومتيناً ويجب التذرع بالصبر في الحالين متى لم تنزف الانثى ويسمع بالانتظار ساعتين فاذا انقضتا ولم يولد السغد وجب التوسط :

فتحقن المرأة بخلاصة الفدة النخامية اذا كان سبب الانحباس فتور الرحم فاذا لم يكف ذلك لشدة التصاق السغد بباطن الرحم يجرى التحريك الاصطناعي (Délivrance artificielle) ومهما يكن الامر لا يجوز في هذه الحال اعطاء الارغوتين مطلقاً .

٣- الإنزفة - كثيراً ما تحصل هذه الطوارئ وقد تكون خطيرة جداً

لعلاج النزفة بطرائق مختلفة حسب الأسباب . ان اختلاف طرائق المعالجة وتعديدها للذليل على انه لا توجد طريقة تفي بالمرام ايفاء لا غبار عليه .

وقد تموت النساء بين يدي الطبيب رغم استعمال انجع الوسائل وانفعها اذا الجزم في هذه الحالة مستصعب ولفظ الانذار عن إمكان توقيف النزف أو عديمه فتسحيل وتنتج هذه النزفة من فتور الرحم وانجاس الملاحقات وقد تنشأ من انشقاق المهبل او تمزق العنق او انشقاق أورددة الفرج انصابة بالدوالي وانشقاق الرحم واتقلاها كما أسلفنا .

واهم هذه الاسباب فتور الرحم وانجاس الملاحقات ، ومنبب النزفة في هذه الحالة انجراح السخند او استرخاء بعض نواحي الرحم وقد يستمر النزف في هذه الاحوال على الرغم من جميع ما يعمل من الوسائل والوسائل التي يلجأ اليها (الا اذا استوصلت الرحم) .

وينبب في الدرجة الاولى تحري جوف الارحام النازفة في النواض ولو خيل لنا ان جوف الرحم فارغ ولا يحوي شيئاً

وتحقن المريضة بجوهر الغدة النخامية يستثمر مكعب من الارغوتين لحمل الرحم على التقلص . ويجوز الحقن يستثمر مكعب آخر بعد انقضاء نصف ساعة . فاذا لم ينقطع النزف يحقن باطن الرحم بسائل حار ويمسد البطن بضع ساعات فاذا لم ينقطع النزف توضع النساء في وضع مائل (وذلك بوضع كرسي مقلوب تحت الفراش حذاء ساقيها) ويحقن الور يدوتحت الجلد ب ٥٠٠ الى ١٠٠٠ سم مكعب من المصل الحار . وقد لا يجري المصل الحقن . تحت الجلد لانفصاج الانسج فيحقن الموضع بالاوكسجين

لينفك الجلد عما تحته ويتمسر بذلك حصول جوف ثم يثار على الحقن وينش القلب بالأدوية المقوية له كالزيت المكوفر والبنئين (الكافيين) ويضبط الوتين (الأورطى) بزئار بطني

وقد لا ينقطع النزف على الرغم من جميع هذه الوسائل فيلجأ حينئذ إلى سد الرحم على أن هذا الرأي تدور حوله بعض المناقشات والاختلافات ويستعمل لأجراء العملية مصراعان كبيران يفتح بهما الفرج ويجذب العنق بمقاش (موزو) وتدخل ذبال الشاش في الرحم فتسحبها أولاً قرون الرحم فجوفها فأرتاج المهبل وتترك الذبال السادة بين ٦ و ١٠ ساعات ليس أكثر جذر أن يسبب بقاؤها أكثر من ذلك الاثنان وقد جرب بعضهم نقل المقدار ٣٠٠ سم مكعب من الدم إلى الأنثى الحقن بالأدوية في مل معضلة الرحمية .



أراجيز ابن سينا الطبية

بقلم عيسى أسكندر الملوغ مؤلف تاريخ الامر الشرقية العام

الارجوزة الطبية الكبرى لابن سينا

لابن سينا (١) ارجوزة طبية كبيرة مهمة وقفت على نسخ كثيرة مخطوطة منها في خزائن الشرق ولها نظائر كثيرة ايضاً في خزائن الغرب وطبعت مراراً في مصر والهند واعتنى بشرحها كثير من الاطباء والعلماء شروحا شرح ابي الوليد محمد بن احمد الطيب الفيلسوف المعروف بابن رشد القرطبي الاندلسي المتوفى سنة ٥٩٥ هـ (١١٩٨ م) وشرح محمد بن اسماعيل بن محمد من اهل القرن العاشر للهجرة ونسخته في خزائنه بارس الكبرى وهي نادرة اما شرح ابن رشد فله نسخ في اوربة والشرق وقفت على كثير منها وقد وضعه باشارة الخليفة الاندلسي كما ذكر في المقدمة

وصفها ونشرها

ومن غريب ما حدث لما شريها عندنا ان المرحوم الدكتور شبلي الشحيل اللبناني المشهور بدأ بنشرها وشروحة بقلمه في مجلته (الشفاء) المصرية (٢ : ٤٣٧) فطبع منها احد عشر يتيماً في آخر جزء من تلك

(١) هو ابو علي بن حسين بن عبد الله بن سينا المعروف بالشيخ الرئيس المتوفى سنة ٤٢٨ هـ (١٠٣٦ م) وقد مر في هذه المجلة وصف (القانون) من مؤلفاته وترجمته باختصار وذلك في المجلد الثالث والصفحة ٣٥١

السنة ثم غطت المجلة وطوي امر الارجوزة وكان آخر ما نشره من ابياتها :

وبعد ذاك العلم بالمزاج احكامه يُفيد في العلاج

ثم جاء بعده المرحوم الدكتور اسكندر البارودي المعروف فنشر هذه

الارجوزة مشروحة بقلم ابن رشد عن نسخة قديمة مضبوطة ووضع هو

حاشية على الشرح ضمنها فوائد جمة في الفوفيق بين الطلين القديم والحديث

والآراء التي تتوافق او تختلف فطبع منها ٧٨ بيتاً في مجلته (الطيب)

اليرونية ووثف نشرها . فلم يساعد الحظ على انجازها و آخر ما نشره منها :

وسكن السوداء في الطحال هذا أعفاه أيس بالحال

فهذه الارجوزة من اشهر اراجيز ابن مينا (١) في تفصيلها حتى بلغ

عدد ابياتها (٣٠١٣) بيتاً من بحر الرجز اقتضت منها نسخة كاملة بدون

شرح وقعت في نحو مائة صفحة بقطع ربع كبير . واما الارجوزة وشرحها

فنتفع في مجلد اقتضت نسخة منها واولها مقدمة قال فيها :

الحمد لله العلي القادر ذي الطول والحول العزيز القاهر

خالفنا في احسن التقويم مرشدنا لرتبة التعليم الخ

ثم قسمها الى اقسام بحسب مواضع امتدثاً (بدكر تفصيل الطب) بقوله :

الطب حفظ صحة برئ مرض من سبب في بدن منذ عرض

(١) ولقد عجزت من الصديق العلامة الاب انتاس الكرمل كجف قال في مجلته

لغة العرب (٣ : ٢٨٠) ان المطوان جرمانوس لرحات الحلي ممل ابيات هذه

الارجوزة في ديوانه (ص ٢٧٤) والصحيح انه ممل فصيحة ابن مينا في النفس

لا ارجوزة الطيبة

قسمته الأولى أعلّم وعمل . والعلم في ثلاثة أقسام .
 سبع طبيعات من الأمور . وستة وكلها ضرورية
 ثم ثلاث سطرت في الكتب . من عارض ومرض وسبب
 وعمل الطب على ضربين . فواحد يعمل باليدين
 وغيره يعمل بالدواء . وما يقدّر من الغذاء

ثم (ذكر الأمور الطبيعية) وهكذا كان يتدرج في التقسيم إلى أن
 استوفى الأقسام التي أراد حضرها في أزجوزته ولقد عارضه ابن رشد في
 شرحه وخالفه في مواقف كثيرة وخطأهما البارودي أو صوبهما كليهما
 أو أحدهما بحسب العلم الحديث

والى القراء مثلاً من شرح ابن رشد وحاشية البارودي تعريفاً لما
 قال ابن سينا :

والاسطقس آخذ في الغاية . في مفرد المزاج والنهاية .
 الحر في النار وفي الهواء . والبرد في التراب ثم الماء
 والييس بين النار والتراب . واللين بين الماء والسحاب

فقال ابن رشد في شرح البيت الأول :

يريد والاسطقسات إذا وضعت بكيفية من هذه الكيفيات الأربع
 فالما توصف بها في الغاية والنهاية . فقوله في مفرد المزاج يعني أن الاسطقس
 هو في الغاية من الكيفيات المفردة من كيفيات المزاج التي هي الحرارة أو
 البرودة أو الرطوبة أو اليبوسة . ومعنى هذا أن النار إذا قيل فيها أنها حارة
 أو في الماء أنه بارد فالما يقال ذلك فيها أنها من ذلك في الغاية أي لا شيء

أحرُّ منها وانها أحرُّ من كل شيء حارٍّ (١) ممتزج . وكذلك في سائر الكيفيات وهذا بين لأن الممتزج لما كان مختلطاً من الاطراف التي في الغاية اعني من الكيفيات التي في الاسطوانات الاربع كان متوسطاً بينها في الكيفيات التي تكسر بعضها بعضاً وهذا حال جميع المتوسطات مثل اللون الاغبر المؤلف من الابيض والاسود فانه ليس يوصف بأنه اسود في الغاية ولا ابيض في الغاية ولكن فيه جزء من الابيض وجزء من الاسود وهكذا حال الكيفيات في الممتزج (٢) والاسطوانات اعني انها في الاسطوانات في الغاية وفي الممتزج مكسورة

وقل ابن رشد في شرح البيتين (الحَرُّ في النار الخ) :

لما وُصف ان الاسطوانات اذا وصفت بهذا القول وُصفت بها في

(١) انما قالوا ذلك قبل ان كشفت الازجة المبردة والمواد الموائدة للحرارة العالية وكان الماء الطبيعي الذي يتوله منه الثلج والجليد ابرد المواد . والنار احرها بالطبع . ولكن الكيمياء والصناعة قد كشفتنا القناع عن مواد تنزل فيها درجة البرودة وتضع درجة الحرارة الى حد يفوت حد الماء والنار . وقد عرف بان البرودة والحرارة التي يوصفان بها من الكيفيات المتناقضة التي تكون عليها الاجسام فالبرودة عدم الحرارة او الدرجات الواطئة منها ولبست شيئاً قائماً بنفسه فيقال ان درجة حرارة الماء صفرا وما تحته اذا انزلت درجة حرارته الى ذلك الحد . ويقال ايضاً : ان الماء عند درجة الغليان اذا ارتفعت حرارته الى المائة مستغرادية او اكثر بالاحماء فالحرارة نعم جميع الاجسام حتى الماء (الدكتور بارودي)

(٢) ان هذا الكسر في الممتزج يراذ به التعديل فقد لجأوا اليه عندما وجدوا بعضاً من الموجودات لا تنطبق عليها قاعدة المزاج المذكورة كالاسد والسكنجبين والانسان المعتدل فقالوا ان حدود الازجة قد انكسرت فيها فلم تظهر بل جئحت الى الاعتدال (د . بارودي)

الغاية اخذ يعرف اي قوة منها تنسب الى اسطقس اسطقس . فقال : الحر في النار وفي الهواء والذي يرصف منها بالبرد اثنان ايضاً الارض والماء و ينبغي ان تعلم ان الماء ابرد من الارض كما ان النار اسخن من الهواء (١) وايسر النار التي هي الاسطقس هي هذه النار المسوسة كما يقول الاسكندر (٢) لان هذه النار سبب للفساد ولا سبب للكون . والنار التي هي الاسطقس هي سبب الكون والتوليد وهي النار التي فوق الهواء في مقر الفلك وليس لها لون (٣) لأن اللون انما هو شي عارض لهذه النار المسوسة

(١) هذا صحيح بحسب الظاهر ولكن يرد عليه كون الارض في اوان البرد والصقيع ابرد من ماء الينبوع بخلاف حالها في الصيف واوان الحر . ولقد كانت هذه من المشاكل المعضلة التي يتساءلون بها علماء والكثيرون يجهلون وقد عرف اخيراً ان برودة ماء الينابيع صيفاً وحرارتها شتاءً انما هما نسبتان وان حكم الانسان في الحرارة والبرودة فيها انما هو مبني على احسائه الطبيعي فبينما يكون بدنه حاراً والهواء المحيط به صيفاً احر من الماء يشعر به بارداً وعكسه بالعكس (د . بارودي)

(٢) رب قائل بقول انه اسكندر الملك الذي كانوا ينسبون اليه آراء في الفلاسفة ولكن الأرجح انه اسكندر الافروديسي الفيلسوف الطيب الذي فدمر كثيراً من كتب ارسطوطاليس وله في الطب والحكمة كتب اشتغلوا بها ومنها كتاب السماء والعالم وكتاب الآثار العلوية لارسطوطاليس وهو كان معاصراً للجالينوس في الثالث الاول من القرن الثاني المسيحي (د . ب)

(٣) كانوا يزعمون وجود النار فوق الهواء في مقر الفلك بدون ان يقيموا دليلاً مقبولاً على ذلك والحال اننا كلما صعدنا الى اعالي الجو نشعر بالبرودة حتى يجلي الماء عند خد التجلد وتخفض درجة الحرارة كثيراً وعلو الهواء في مقر الفلك الاثير على الرأي الغالب والارض ساجدة فيه دائرة حول الشمس و يستمد الجزء من الارض المتعرض لاشعتها حرارته منها (د . ب)

ولكونها في جسم ارضي وهذا كله قد تبين في العلم الطبيعي . وقوله : واليبس بين النار والتراب يريد ان الاسطقسين اليابسين هما النار والارض ايبس من النار (١) . وقوله : اللين بين الماء والسحاب يريد باللين الرطوبة وبالسحاب الهواء فكأنه قال والاسطقسان الرطبان هما الماء والهواء وينبغي ان تعلم ان الهواء اربط من الماء في نفسه (٢) والماء اشد ثرطيباً للجسام التي يلفاها في الهواء

هذا مثال من شرح ابن رشد وحاشية الباصدي عليه ومنه يعرف مرمى كل منها وما كان في عصره من الاعتقادات والمعلوم ولوائفح المجال لا كثرت الامثلة وحبذا لو طبعت الارجوزة مع شرح ابن رشد فانها كثيرة الفوائد جزيلة العوائد

اراجيز ابن سينا الاخرى

يوجد لابن سينا اراجيز طبية اخرى منها ارجوزة في خزانة برلين تحت عدد ٦٢٢٩ (برنامج خزانة برلين ٥ : ٤٩٦) ورد اسمها هكذا في البرنامج = (قضايا لا بقراط نظمها الرئيس ابي (كذا) علي بن سينا ٤٢٨ هـ (١٠٣٧ م) :

(١) ان النار احدى مصادر الحرارة والنور احد مظاهرها والهواء الحادي اكسجيناً لولاه لانشء عمل النار وكلاهما مركبان فالنار نتيجة اتحاد الكربون وسواء من المواد بالاكسجين وتضمن مواد غازية لتساعد حين الاشتعال . والهواء مؤلف من نتروجين واكسجين وسواهما وقد بينا عدم صحة القول بمنصرمة النار والهواء (د ب) (٢) فالكيفيات تنقسم الى مختلفة بعضها عن بعض كالحرارة في النار والبرودة في الماء والى مؤلفة بعضها مع بعض كالحرارة في الهواء واليبوسة في النار (د ب)

يارب سرّ لم يزل مخزوناً مكتماً بين الوري مكتوماً^(١)
 في صحف محجوبة مطوية مصونة مستورة مخفية
 ضناً بها عن كل سمع وبصر غير حكيم بالامور مخبر
 ادلمان كان في الوجه ورم ليس له حس ولا فيه ألم
 وختمها بقوله:

فهذه جملة ما كان ذخراً من قول بقراط الحكيم فاعتبر
 فاحفظه ان كنت حفيظاً للحكم

تصير في الطب رفيعاً كالحكم

نسخه محمد بن سعد الكلثني ١٠٥٠هـ (١٦٤٠م) « انتهى

ومن اراجيزه البديعة واحدة في (تدبير الصحة في الفصول الاربعة)
 عندي منها نسختان احدهما في سبع صفحات بقطع ربع والثانية بقطع
 نصف . قال في مطالعها :

يقول راجي عفوه^(٢) ابن سينا ولم يزل بالله مستعينا
 يا سائلي عن صحة الاجساد اسمع صحيح الطب بالاستناد - الخ
 فن قوله فيها في [فصل الربيع] :

واشرب على الريق من الماء الفاتر شيئاً يسيراً دائماً من باكر
 ولازم الحتام فيه واستمع واحلق جميع الرأس فيه لتتفع
 إياك ان تكثراكل الحلوى فالدم سلطان عظيم البلوى
 وكل حار يابس فدعه والرطب والبارد فابتلعه

(١) هكذا في الاصل والصواب (مكتوماً)

(٢) في الاصل (راجي عنو ربه) ولا يستقيم الوزن به -

وفي [فصل الصيف] :

ووجهك اغسله بماء الورد
واختر من الأطعمة الحوامض
وعند ما تأكل فاشرب جرعه
ورش في المجلس ماء البحر
اياك ان تسهر فوق قدرتك
ودع عناء الكد فيه والتعب
واجعل غذاك مسائلاً للبرد
وكل شيء قسارض وقابض
من بارد الماء نسال نفعه
وامرضه في الرش بجل النحر
ولا نفونه لسوء فكرتك
والانزعاج والامور والفضب

وفي (فصل الخريف) :

يشرب فيه المسهل القويًا
فاشربه في عامك فرد دفعه
وكل شيء بات في الملح ردي
واستعمل اللحم السمين والسمك
واخضر البطيخ كله والعنب
واجتنب الاصفر فهو غلّه
من لم يكن عن شربه غنيًا
ولا يكن منك اليه رَجْمه
من لبن او سمك مقدّد
فما على جسمك فيها من درك
ولا تكاثر فيه من اكل الرطب
لكل جسم كان فيه غلّه

وفي (فصل الشتاء) :

والماعر احذره ولحم البقرة
واللبن الحامض والحل دعه
وبقل والفجل الردي مع الجزر
والحمض والليمون فاتركه معة

هذه لمعة في اراجيز الشيخ الرئيس ابن سينا وكلها فوائد طيبة ولغيره
اراجيز كثيرة ربما عذت الى وصفها بمقالة ثنية ان شاء الله

صناعة السكر

الدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

عملية الاشباع بحامض الفحم (Carbonatation) . - العصاراة المستحصلة بطريقة الانتشار تعالج بالبرودة بالكلس ويجب ان تكون قلووية لبن الكلس (CaO) ١٦٦ - ٢٦٢ غراماً في كل لتر من العصاراة المعالجة به بحسب طبيعة الشوندر المستعمل . ثم تساق هذه العصاراة المعالجة على الصورة المتقدمة الذكر بواسطة مضخة الى اوان مربعة او مدورة لتعرض لعملية الاشباع بحامض الفحم وتكرر في اثناء سيرها ، من المستخينات (Réchauffeurs) الحلزونية لتصبح بدرجة ٧٠ مئوية (حذار من تسخين العصاراة غير المكاسة) .

وفي بعض المعامل الحديثة استبدلت الاواني المربعة او المستطيلة باوان اسطوانية لها من الارتفاع ثلاثة امثال قطرها او اكثر شيئاً قليلاً . ولمعرفة ختام عملية الاشباع يؤخذ بملعقة نموذج من العصاراة المعالجة بحامض الفحم ونلاحظ درجة صفائها ونتيجة الممارسة يتمكن العامل من تقدير الدرجة التي تحتم فيها العملية بسهولة وهي تعادل ١٦٢٠ غرام بالتر من القلووية و يتأكد صحة تقديره بمعايرة النموذج بسائل معلوم العيار . ومعرفة هذه النقطة تفيد لسوق العصاراة المعكورة الى المرشحة العاصرة (Filtre-pressé) فلما يصل العامل الى النقطة المطلوبة من الاشباع يجب ان يوقف امرار

حامض الفحم بسده اللوالب لثلا يقع في محاذير فادحة في العمليات التالية
فالعصارة العكرة تجذب بواسطة مضخة الرغوة (Pompe à écume)
وتساق الى المرشحة العاصرة لفصل الرغوة عنها . والعصارة الرائقة تساق
الى خلاقين اخرى لمعالجتها بحامض الفحم مرة ثانية واتمام ترسيب ما بقي
فيها من الكلس .

ففي اثناء الاشباع الثاني المتقطع يضاف قليل من الكلس وترفع
حرارة العصارة الى ٩٠ - ٩٥ مئوية وتشبع بحامض الفحم تماماً حتى تقدر
القلوية ٠١٢٠ - ٠١٣٠ . تنتفراً بالتر من (Cao) ثم تقلى لتحليل ثاني
كبريتات الكلس (Bicarbonate de chaux) التي يمكن ان تكون ، من جهة
ولتسهيل الترشيع من جهة اخرى .

اما مدة الاشباع الثاني فهي اقصر من الاول وينتشر طيلة التفاعل -
في بعض الاحايين - غاز الامونياك لتحلل المواد شبه الاحذية بتأثير الكلس .
الترشيح - للمرشحات العاصرة اشكال عديدة كلها مصنوعة على
اساس واحد ذات خمسين لوحاً بسطح متر مربع . وهي مكونة من محورين
حديديين اقبطين مثبتين على لوحين ويحملان اطارات عليها الواح من الحديد
رقبة مثقبة . وكل اطمار منفصل عما قبله باطار حديدي مجوف يقويه
بوظيفة مأخذ للحنفل وعلى زوايا هذه الاطارات العلوية فتحات مغطاة
بقماش مجموعها يكون مجرى العصارة وفي الجهة السفلى المقابلة للاولى فتحات
ايضاً وهي خاصة لمرور ماء الغسل يوضع على كلتا جهتي اطار ذي لوح
حديدي مثقّب ، قطعة قماش من الكتان أو القطن لضبط الحنفل بينهما

عند مرور العصارة من مسام التماس المتصل الى الواح الحديد المثقبة وتخرج رائحة من الصنبور الموضوع في أسفل الاطار .

الكبرنة Sulfitation . — لانعام تطهير العصارة (بعد معالجتها بالكلس وحامض الفحم) كانت تعالج بالفحم الحيواني وترشح ولكن اليوم بعد وضع طريقة الكبرنة اهملت الاولى لكلفتها واخذت الكبرنة يزداد تطبيقها يوماً عن يوم لقوائدها الجمة منها خفضها لنقطة الغليان قليلاً ، وتقيصها للزوجية تنقيصاً محسوساً ، وازالتها لون العصارة . على ان هذه النتائج لا تستحصل الا بوجود الكلس أو بالوسط القلوي ايضاً .

يستحصل غاز حمض السلفورو Gaz Sulfureux باحراق الكبريت في افران خاصة . وقد بدأت يد الصناعة الحديثة باستعمال غاز حمض السلفورو النقي المبيع .

وقد اخترع كواريس Quarez جهازاً خاصاً لاستحصل كبرنة دائمة نكتفي بالإشارة اليه دون التفصيل .

وقد جرب و-برغ Weisberg طريقة الكبرنة والاشباع بحامض الفحم المضاعفة Sulficarbonatation واستحصل عصارة اقل ثلوثاً واسهل تبلوراً وذلك ان العصارة المرشحة (بعد معالجتها بحامض الفحم للمرة الاولى) الحائزة على قلووية ٩٠ .٠٠ سغ — ١١٠ اغرام بالتر تعالج بغاز حامض السلفور حتى تنخفض قلويتها الى ٣٠ .٠٠ سغ بالتر فتضاف اليها كمية من الكلس تكفي لارجاع قلويتها الى ما كانت عليه في الاول وتعرض بعد ذلك على عملية الاشباع التالي بحامض الفحم .

الترشيح الميكانيكي . - يتم التطهير الكيماوي بالترشيح الميكانيكي الذي تدفع به المواد الدقيقة والخفيفة المعلقة في العصارة ، تلك المواد التي تنفصل اثناء تبخير العصارة وتغكر الشراب المستحصل . وفي بعض المعامل توضع مرشحة ميكانيكية بين آخر صندوق من صناديق جهاز التبخير وبين ما قبله منعاً لانسداد انايبب الصندوق الذي يتم فيه التبخر . واكثر هذه المرشحات استعمالاً هي مرشحة (دانك) (Danck) التي اعملنا نعرفها بخوفاً من التطويل .

البحث السابع

تكثيف العصارة

التبخير بالخلاء . - العصارة المأخوذة من بعد الاشباع التالي بجمامض الفخم تحتوي ١٠ - ١١ بالمائة تقريباً من السكر لانها تكون ممددة جداً بمياه لبن الكلس والفصل لذلك يجب قبل التبلير ، تكثيفها حتى درجة ٢٥ بومه (Baumé) بتبخير تسعة اعشار الماء الذي تحتوي عليه .

كان هذا التبخير يجري قديماً في خلاطين مسطحة مسخنة على النار الجردة ثم ابتدئ بتبخيرها في حلزونات بخارية موضوعة في السائل . وفي سنة ١٨٥٠ اخترع ريلبو (Rillieux) جهاز التبخير بالخلاء ، المضاعف العمل وقد عم استعماله لفوائده الجزيلة . وهو عبارة عن صناديق للتبخير تحتوي على عدة انايبب . فالعصارة تمر من هذه الاناييبب بينما يساق البخار من خارجها لاجل التسخين كما يلي :

نفرض ان لدينا جهازاً ذا ثلاثة صناديق ١ - ٢ - ٣ . فالبخار المنتشر

في الصندوق الاخير أي رقم ٣ والمتكاثف من جراء الماء البارد المنصب من على الجهاز يجذب بواسطة مضخة والحللاء الحاصل بخفض درجة غليان السائل المار من انابيب هذا الصندوق « اي رقم ٣ » ويكون بارداً بالنسبة الى الصندوق رقم ٢ مما يساعد على تكثيف بخار الصندوق الثاني الداخل لغرفة التسخين رقم ٣ وبالتالي على استحصال خلاء فيه اقل مما في رقم ٣ . وعلى هذا تكون درجة غليان السائل في رقم ٢ اعظم مما في رقم ٣ وأصغر مما في الصندوق رقم ١ الذي تساق أبخرته الى غرفة التسخين رقم ٢ فتتكاثف بلامستها لسطح مبرد إسائل يغلي بدرجة اوطأ . فهذه الشروط لا يُسخّن من الصناديق بخار المعمل الا الصندوق الاول فقط . اما الصندوق الثاني فيسخن بخار عصارة الصندوق رقم ١ والصندوق الثالث بخار عصارة الصندوق رقم ٢ ، والابخرة المنتشرة في الصندوق الاخير فقط هي التي تكثف وتجذب بمضخة خاصة .

ومما يجب ملاحظته هنا هو ان تكون سطوح التسخين في الصناديق الثلاثة متساوية ولكن حصول الطبقة الرسوبية في انابيب الصندوق الثاني لا سيما في الثالث ينقص من سطح التسخين لذلك يجب ان تجعل اوسع من سطح الصندوق الاول بـ ١٠ بالمائة تقريباً . وعلى هذا تكون سطوح الصناديق الثلاثة كما يلي :

سطح التسخين في الصندوق الاول	١٥٠	متراً مربعاً
الثاني	١٦٥	»
الثالث	١٨٥	»

وفي الجدول الآتي نضع بعض النتائج المستحصلة في تكثيف العصارة

✽ جدول كامبيه Cambier ✽

النتقل النوعي للعصارة المستحصلة بطريقة الانتشار Diffusion	عدد المكثولات من العصارة اللازمة لاستحصال هكتولتر واحد شراب بدرجة ٢٥ يومه	كمية الماء التي يجب تبخيرها لاستحصال هكتولتر شراب بدرجة ٢٥ يومه	مقدار الماء الذي يجب تبخيره في كل هكتولتر من العصارة لوصول شراب بدرجة ٢٥ يومه	كمية شراب بدرجة ٢٥ يومه من الكثافة المستحصلة من هكتولتر عصارة
١٦٠٤٠	٧٦ ٨٨	٦٨٦٦٣٤	٨٧٦١٤	١٦٦٨٧
١٦٠٤١	٧٦٦٧٠	٦٦٥٦٣٥	٨٦١٨٦	١٧٢١٤
١٦٠٤٣	٧٦٣٠٨	٦٢٩٦٤٩	٨٦١١٣	١٨٦١٧
١٦٠٤٦	٦٦٨٣٧	٥٨٢٦٥١	٥٨٦١٩	١٩٦٤١
١٦٠٤٨	٦٦٥٥٥	٥٥٤٦٥١	٨٤٦٥٩	٢٠٦٢١
١٦٠٥١	٦٦١٨٥	٥١٧٦٥٩	٨٣٦٦٨	٢١٦٤٢
١٦٠٥٣	٥٦٩٥٩	٤٩٤٦٦٣	٨٣٦٠٠	٢٢٦٣٠
١٦٠٥٥	٥٦٧٤٤	٤٧٣٦٦٢	٨٢٦٤٥	٢٣٦٠٥

تنظيف انابيب الجهاز = ان العصارة السكرية تحتوي على بعض مواد ترسب حين تبخير العصارة على جدران الانابيب الداخلية وتكون طبقة تخفض درجة اتصال المعدن للحرارة لذلك يجب تنظيفها من هذه الطبقة المائعة المتركة غالباً من السليس والكلس وحامض السلفور والنتاج عن السلفيت . ولاجل ذلك يوضع في الجهاز من الصود الكاوي الكثيف

المقادير الآتية لكل متر مربع

٢٠٠ غرام	الصندوق الأول
« ٣٠٠	« الثاني
« ٦٠٠	« الثالث

ويغلي ساعتين ثم يفرغ الصود ويفسل الجهاز بالماء العادي أولاً ثم بالماء المحمض بحامض الكلور يدربك بالمقادير الآتية لكل متر مربع

٢٥٠ غراماً	الصندوق الأول
٤٠٠ غرام	« الثاني
٧٥٠ غراماً	« الثالث

بصورة يستحصل بها في الصندوق الثالث ماء محمض بحامض الكلور يدربك بنسبة ١١٥ بالمائة ويغلي ساعة واحدة ثم يفرغ ويفسل بالماء الجاري قبل وضع العبارة فيه .

على ان هذا الفصل قد لا يكفي لمحو الطبقة الراسبة اذا كانت صلبة لذلك يجب ان تكشط بألة خاصة كألة لاغريل (Lagrelle) مثلاً وهي عبارة عن صفيحتين من الفولاذ على شكل النابض (Ressort)

جهاز تبخير كستنير Kestner . = لقد اوجد كستنير جهازاً يساعد على اجراء التبخير فيه سريعاً بلامسة الهواء تحت ضغط معين بدون ان يطرأ على السكر ادنى تغير وقد كانت نتائجها الحسنة ومهولة تطبيقه سبباً في شيوع استعماله في جميع المعامل وهو يتركب :

١ = من عدة انابيب (طول كل منها ٥ - ٧ أمتار) موجهة في

في صفائح مثقبة تساعد على تمددها بالحرارة . موضوعة في غرفة البخار M وكلها تفتح من الاسفل الى اسطوانة تساق اليها العصارة بواسطة انبوبي T و A اما اقسامها العلوية فتتصل بالحاجز (Séparateur) .

٢ من حاجزة اسطوانية لها دولاب ثابت D [موضوع فوق حزمة الانابيب] ذو اجنحة كأجنحة دولاب مبد (Centrifuge) .

فلسائل يصل الى الجهاز من انبوب T ويتوزع على حزمة الانابيب على التساوي . والبخار الحاصل بنتيجة الغليان يزداد حجمه وسرعته فيرفع السائل في الانابيب . وعند مخرج الحزمة الانبوبية يصطدم البخار والسائل بأجنحة الدولاب D فيكتسب البخار حركة دورية وتذاتر قطرات السائل على الجدار وبهذه الصورة يفصل السائل عن البخار تمام الانفصال والتبخر في هذه الآلة مبني على اساس الحادثة الآتية المسماة (بالنسلق Grimpage) :

نفرض ان انبوباً عمودياً بطول ٥-٧ امتار ، مسخنًا خارجاً بالبخار ادخلنا اليه قليلاً قليلاً من السائل المراد تكثيفه . فيحصل في اقسام الانبوب السفلي مزيج من فقاعات البخار والسائل . اما الفقاعات فانها تكبر بسرعة حتى تكون عند المقر الثاني والثالث ، عرقاً (Veine) مستديماً في وسط الانبوب الذي يسوق على الجدران كمية من السائل تبخر وهي تنسلق الى ان تصل الى اقسام الانبوب العليا فيخرج البخار من المنفذ وقد اوضح اولارد (Aulard) سنة ١٩٠٤ حادثة التسلق هذه ايضاحاً نظرياً اهملنا بيانه خوفاً من التطويل : « للبحث صلة »

كتب جديدة

قانون الصحة

هو موجز علم الصحة وضعه مؤلفه الحكيم امين الجميل للمدارس والجمهور جاء في ٨٧ صفحة صغيرة وقد نشر تباعاً في جريدة البشير الغراء في بيروت .

تصفحنا هذا القانون فوجدناه صحيح اللغة مسبوك العبارة متقن الطبع مرتباً ببعض الرسوم التي تزيده ايضاحاً وتسهل على الطلبة فهمه واجلنا النظر في موضوعاته فرأيناها كافية وافية لاناارة عقول التلامذة فهو خلاصة حوت كل ما يحتاج اليه المبتدئ .

ولا عجب اذا جاء هذا الكتيب ملحقاً بالموضوع على الرغم من صغره لان مؤلفه وهو الاديب الكبير الذي ملأ الجرائد والمجلات بمقالاته ونصائحه قد وقف حياته على هذا الفرع فكان فيه من الاختصاصيين الذين يشار اليهم بالبنان .

وقد جعل المؤلف كتابه ثمانية فصول يبحث في الفصل الاول عن الجراثيم وطريقة انتقالها وعن قابلية اجسامنا للامراض او مناعتنا عليها وطريقة انتقالها

وفي الفصل الثاني عن الارض والتربة وجاء على ذكر الينابيع والآبار والمستنقعات ويذكر الطرق المستعملة في اصلاح التربة

وفي الفصل الثالث عن الماء وما ينبغي ان نحذره فيه يريد بذلك

الطفيليات والجراثيم وكيفية اصلاح الماء وتلقيحه

وفي الفصل الرابع عن الهواء وتفاوتة وذنسه وحرارته ورطوبة مجاريه
وغير ذلك

وفي الفصل الخامس عن الطعام وشروطه وتجهيزه وعن التغذية
وفي الفصل السادس عن المشروب (اي الماء) وعن المسكرات
والمخدرات والمربطات والمنبهات والتبغ
وفي الفصل السابع عن المسكن وبنائه وهوائه وإنارته وتدفئته
وتبريده وأثاثه

وفي الفصل الثامن عن الملابس وغايته ونسجه والوانه واقسامه وقد
نرد بارتداء الاثواب التي لا تنطبق على اصول الاحتشام والادب ولبس المشد
فيرى القارئ الكريم اذن ان هذا الكتاب الصغير مجموعة مفيدة لذيدة
غير اننا كنا نلتمنى لو كان الكتاب صغيل الورق ليكون قرطاسه
مطابقاً لما فيه من النصائح الغوالي ولو ان مؤلفه الفاضل ذيله بفهرست بين الفصول
والموضوعات لكي يسهل على المطالع ايجاد الموضوع الذي يرغب في مطالعته
وقد رأينا ان المؤلف الاديب قد جرى في بعض التسميات الفنية
مجرى خاصاً فمنها تسميته (Cellule) حويصلة مع ان الخلية كلمة اجمع
الرأي الطبي عليها وقوله الاحتقان (كما ورد في ص ١٠ م ٢) يريد به
(Congestion) مع ان هذه الكلمة لا تفيد هذا المعنى وقوله التطعيم
عن (Vaccination) مع ان التطعيم يراد به (Greffage) والتلقيح
مختص بتلك وقد كنا نود لو ان حضرته استعمل الكلمة التي اشار بها

العلامة الكرمل في ترجمة (Hygromètre) فقال مسترطب عوضاً عن
مقياس الرطوبة وهي كلمة لطيفة لبعض عن كلمتين ولو انه قال الدابوق
او الدبوقاء في ترجمة (Gluten) عوضاً عن الدباقة ولو انه ترجم (Trichine)
فقال فيها الشعريات الخلزونية عوضاً عن ان يعربها . ورايناه يستعمل
ممص في ترجمة (Siphon) مع انها السحارة عند الخوارزمي وابن الريحاني
وفينون البازنتي ووجدناه قد رغب عن كسع الكلمات بـ (Ine) مع اننا
لا نرى مندوحة عن ذلك فهو يقول (البنة والشائية) في (Caféine)
و (Théine) ولعل الزميل المحترم يشعر معنا بضرورة هذا الكسع في كثير
من المواقف التي يضيق بها المقام عن ايرادها هنا فلو قال بنين ونهابين لكان
كفى نفسه الاتباس الذي لا بد من وقوعه في حياق الكلام . وتوجد في
الكتاب كلمات واصطلاحات اخرى نضرب عنها صفحاً .

غير ان هذه الآراء التي نبدتها ليست مما يضير ذلك المؤلف او يحط
من مقامه لان لكل كاتب رأيه في الوضع وانتقاء المصطلحات ما زال
لثويونا وعلماؤنا لاهين عن وضع معجم يحوي شتات هذه الالفاظ المستحدثة
فان ما يستحسنه الواحد يستجته الآخر . الحمد لله الى جمع كلمتنا
والنهوض بلغتنا الى مستوى اللغات العلمية غير أننا لا نزال بعدين عن بلوغ
هذه الغاية كيف لا واطباؤنا يجهررون وباهون بانهم يلاقون صعوبة شديدة
في فهم ما نكتب مع انهم يستنكفون عن ان يقال عنهم انهم لا يحسنون فهم
لغة اجنبية هذا عوضاً عن ان يتبعوا خطانا في تعهيتنا قبل ان نفصلنا عنهم
هوة بعيدة القرار اتراهم جهلوا اننا نميش وياهم في بلاد غير بنه الانسان ؟ م . خ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

هو اول مخبر يودى تأييد
 ذوقه بتمهيد خبره من سنة
 ١٨٩٦ من تاريخ اول كور في اصدية اچالدين بيارس
 اكتشف في
 يقضل بحيل باسند اچالدين خالي من كيمون وكيولوس
 بولون اثر فطحي للعول من ايويتية
 (واقافته كثر للصاع للرسج. لهذا الصيا. امراض الحنن و. و. و.)
 اطلبوا داما اليود الورق اچالدين احيقوا واحذروا التقليد

Laboratoire Galbrun
 21 Rue du Petit Musc - PARIS

Contre
 le
 Paludisme
 chronique
 les
 Séquelles
 du
 Paludisme



Contre
 l'Anémie
 la
 Cachexie
 palustre,

L'ANTIDOTE-MALARIA PHILIPPE
 est grace à sa Composition, le médicament le plus énergique
 en usage dans les hopitaux

Echantillon littérature : Laboratoire du Docteur. Philippe
 14 Rue Palais Grillet-Lyon « France »



قطرات ليفونيان

لخبر ثروات باره

مركبة من القطران الكرايوزوتي و بلسم التولو

تستعمل في جميع آفات الصدر : السعال • التهاب الشعب • السل الخ

باباين ثروات باره

هواقوي الادوية المضحية المعروفة حتى اليوم والانواع المركبة منه هي هذه

شراب ثروات باره : جرعته ملعقة كبيرة بعد كل وقعة

اكسير ثروات باره : جرعته قدح صغير بعد كل وقعة

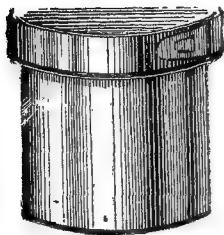
يون ثروات باره : جرعته يرشانتان بعد كل وقعة

وهي ناجعة في امراض المعدة : التي ، الآلام المعديّة التهابات المعدة ، سوء الهضم

وفي اسمال الاطفال فيعطى لهم من الشراب ملعقة او ماعتنا قهوة بعد كل وقعة

تباع هذه العلاجات في جميع الصيدليات

الوكيلان الوحيدان : ظيان وكزيري - بشارع رامي بدمشق الشام وتطلب العلاجات منها ايضا



الالتهاب الماعوي الكولوي

ولاسيما في الاطفال

يتحسن سريعاً ويسهل شفاؤه بوضع

الانتي فلوجستين الحار على البطن جميعه

ال :



من خواصه افراغ اوعية المعى والخلب (البريطون) وتنبية الضفيرة الشمسية
والمربطائية وايقاف الزحير والتقلص العضلي والام

افات الجلد

ان كل افات الادمة معها كان سببها : كالحرق ، ووخزات الحشرات والزواحف
التي يكثر وقوعها في الصيف تستدعي ان تعالج بسرعة بوضع الانتي فلوجستين . ويجب
ان يوضع في الغالب حاراً

ان الحرارة الرطبة اذا طبقت تطبيقاً دائماً في حالة التبيغ تعيد الدوران الطبيعي
بسرعة الى انتظامه وهي الخطورة الاولى في عامل تبديد كل التهاب . ان الانتي
فلوجستين البارد اسهل تحملاً في بدء الحروء .

الرضوض

الوثاء ، والجروح ، والتهابات الادمة الرضوية ، والمعض وسائر التبيغات الناشئة
من التمرنات الرياضية تزول سريعاً بوضع الانتي فلوجستين الحار

توصل العلامات والمساطر لحضرة الاطباء

المتر المام

The Denver Chemical M. FG. C°
New York city, U. S. A.

EMILE FARHI & C°

P. O. Box 254

Beyrouth (Syrie)



la temperature tombe à 37° le soir. Nouvelle injection deux jours apres, au meme taux; troisieme injection deux jours apres. Dans les six jours qui suivent, l'enfant va bien; il mange et dort bien. La rate a diminue d'un centimetre; on veut continuer le traitement mais les parents repartent dans leur village en emmenant leur enfant.

O. Sos,, 2 ans, paludeen. Anemie, grosse rate; hemoglobine 55 à l'hemoglobinomètre de Tallqvist. Parasites de tierce benigne.

On lui fait 1 centimetre cube de quinothorium dans les muscles de l'avant-bras, les fesses paraissant trop maigres. L'injection est bien supportee.

Les jours suivants, l'enfant n'a plus de temperature: il dort bien, mange et joue; on devait lui faire une deuxieme injection, mais les parents, qui étaient venus de loin à la consultation, sont repartis.

Un mois apres, ils le ramencent pour un nouvel acces. On apprend que depuis un mois il n'a plus eu de fièvre. On fait une nouvelle injection, mais d'un 1/2 centimetre cube seulement. Grande amelioration immediate. La rate, qui debordait un mois avant les fausses côtes de 3 centimetres ne deborde plus que de deux. On ne peut faire de nouvelle injection, l'enfant ayant encore ete emmene chez lui.

A cause de cette impossibilite de suivre les indigenes nous ne citerons pas plus d'observations de noirs. Il s'agit là d'individus nomades de la forêt, extremement mobiles, ayant souvent fait deux jours de marche pour venir consulter et qui repartent des qu'ils se eroient gueris. Ils ne peuvent donc etre suivis, mais on voit, d'apres cette observation et d'autres que nous avons prises :

1^o) qui le quino-thorium a une action assez prolongee puisque le second de nos malades est reste un mois sans avoir d'accès, apres une seule injection, alors qu'avant il en avait tous les trois jours;

2^o) que la rate diminue rapidement, fait que nous avons d'ailleurs constate chez nos Europeens, mais qui est ordinaire avec tous les traitements quininiques;

3^o) que la dose de 1 centimetre cube a ete tres bien supportee par un enfant de deux ans.

Nous avons de meme observe une guerison de nevralgies palustres chez une femme noire au Cameroun, nevralgies que se manifestaient par des acces de sciastique et dont l'origine paludeenne nous avait ete indiquee par l'examen du sang qui avait fait retrouver le pl.vivax. Chez cette malade deux injections, à raison d'une par semaine, firent disparaitre les douleurs

d'une autre cause occasionnelle quelconque, on peut agir plus lentement, et ne faire qu'une injection par semaine pendant six semaines. C'est la méthode que nous avons employée dans le cas suivant que nous résumons :

H.L. . . . 32 ans, retour des Antilles. Accès bilieux paludeux quand il residait dans le pays. A Paris depuis six mois, 1^{er} accès de retour au mois de novembre, accès paludeen typique, avec léger subictère. Prise de sulfate de quinine 0 gr. 50 par la bouche; 2^{ème} accès trois jours après, mais moins fort. Pl. vivax dans le sang.

On fait une injection de quino-thorium le soir du jour qui précède l'accès, celui-ci se produisant vers minuit habituellement. Pas d'accès. On attend huit jours. L'examen du sang fait deux fois ne montre plus de plasmodium. Nouvelle piqure après deux jours; et ainsi pendant quatre semaines encore.

Les accès ont cessé et n'ont plus reparu, bien que le malade soit retourné aux Antilles, dans la région où il s'était infecté. Retour au bout d'un an, pas de parasites.

Guerison maintenue depuis un an et trois mois.

Cette guérison se maintiendra-t-elle ? Il y a tout lieu de le penser; et, en tout cas, on peut en inférer que l'association quinine et bromure de mesothorium agit plus vivement sur les parasites que les autres sels de cet alcaloïde.

Une autre observation est analogue. Il s'agissait d'une femme infectée au Congo qui, depuis deux ans, avait des accès réguliers de tierce bénigne que la quinine, prise par la bouche et en quantité qui nous paraît avoir été insuffisante (1 gramme pendant et après les accès) ne supprimait pas. 6 injections de quino-thorium faites à deux jours d'intervalle, puis 6 autres à raison de 2 par semaine après un repos de quinze jours, ont fait disparaître ces accès. Il s'agissait encore de pl. vivax qui disparut après la première injection. Il est vrai que les parasites paraissaient peu abondants.

Il s'agit ici d'Européens revenus en France; mais les résultats ont été les mêmes chez les noirs que nous avons traités au Cameroun. Nous ne croyons pas nécessaire de rapporter leurs observations, car, en matière de paludisme, celles-ci se ressemblent la plupart du temps dans tous les pays quand il s'agit des mêmes formes de parasites, mais nous ne voudrions citer deux observations d'enfants noirs qui confirment ce qui vient d'être dit :

Enj. On. . . , 2 ans, accès tierces; rate débordant de 3 centimètres les fausses côtes.

Il fait un accès au moment où on l'amène. Le sang examiné à ce moment montre des formes jeunes de pl. vivax. On injecte 1/2 centimètre cube. L'accès n'est pas coupé, mais

de quinine, un gonflement douloureux et une réaction locale qui n'expose pourtant à aucune nécrose ni à aucune suppuration, mais est désagréable. Aussi conseillons-nous d'injecter toujours plus bas qu'on ne le fait souvent, c'est-à-dire en plein dans la fesse au-dessous d'une ligne horizontale passant par le sommet du grand trochanter, avec une aiguille de 5 centimètres au moins. En opérant ainsi, on n'aura aucune réaction, et le malade pourra marcher sans inconvénient immédiatement après l'injection.

Les cas où nous avons observé de la douleur sont ceux où nous avons fait l'injection plus haut, près des insertions musculaires, et où le liquide avait été trop près des surfaces osseuses. Il va sans dire que ces phénomènes ont été calmes rapidement par l'application de compresses chaudes, mais du moment qu'on peut les éviter en faisant la piqûre plus bas, il vaut mieux ne pas faire d'injection haute.

Indications — Il peut s'employer dans toutes les formes du paludisme, mais nos observations ne concernent que des formes à *plasmodium vivax*, et une seule à *plasmodium falciparum*. Ici, les résultats ont été les mêmes que précédemment, mais nous n'avons pas pu suivre le malade plus de trois mois. Aussi, avant de se prononcer sur ce point et de juger que le quinothorium a des effets aussi prolongés sur *plasmodium falciparum* que sur *plasmodium vivax*, convient-il d'attendre de nouveaux cas.

Les doses sont d'une ampoule, soit 2 centimètres cubes chaque fois pour l'adulte; de $\frac{2}{3}$ d'ampoule, soit 1 cc. $\frac{1}{2}$ pour les jeunes gens de 10 à 20 ans; et de $\frac{1}{2}$ cc. pour commencer chez les enfants de 2 à 10 ans. Toutefois, chez un enfant noir de 2 ans au Cameroun, nous avons pu faire 1 centimètre cube intra-musculaire la première fois, sans aucun inconvénient. Nous n'avons pas essayé les injections intravéineuses.

On donnera ces doses, soit tous les jours pendant six jours, dans les cas aigus, soit tous les deux jours. Il nous paraît préférable de ne pas faire l'injection tous les jours, car il y a intérêt à maintenir le malade plus longtemps sous l'influence de la quinine; qui, avec le quinothorium, nous a paru s'éliminer un peu plus lentement qu'avec les solutions habituelles ce qui lui permet d'agir d'une manière plus continue et plus régulière. La première injection sera faite avant l'accès; la seconde deux jours plus tard et les suivantes de même jusqu'à concurrence de 6. Ensuite, le malade sera laissé au repos pendant quinze jours; et à ce moment, on ne fera plus qu'une injection tout les trois jours, soit deux par semaine pendant 3 semaines; soit en tout 12 ampoules au plus.

Lorsqu'il s'agit d'accès plus espacés, comme cela arrive chez les Européens revenus dans leur pays, et qui ne font des accès qu'au moment des froids, des temps humides, ou

LE QUINO-THORIUM DANS LE TRAITEMENT DU PALUDISME

Par
L. TANON ET E. JAMOT

Il ne semble pas utile de proposer un nouveau traitement du paludisme quand on voit le nombre considérable de préparations à base de quinquina ou d'arsenic qui ont été déjà employées. Récemment le stovarsol, puis le tréparsol, sont venus s'ajouter à une liste déjà si longue que Prattes et Barradas recommandaient, au Congrès de Médecine tropicale de Loanda en 1923 avec beaucoup de justesse, une systématisation, c'est-à-dire une réglementation didactique, dans le traitement du paludisme, proposition que nous avons reprise en 1924, au Congrès d'hygiène de Bordeaux mais qui n'a pu être discutée, ce Congrès ayant eu une durée trop courte.

Cependant, comme il s'agit cette fois non pas d'un sel de quinine nouveau, mais d'une association avec un corps radio-actif dont nous avons obtenu d'excellents résultats, il nous a paru intéressant d'exposer ce qu'on pouvait attendre du quino-thorium proposé et préparé par les Etablissements Buisson, et employé en injections intra-musculaires. Il nous a paru bien nettement que ses effets étaient rapides, son emploi inoffensif, et son action plus longue que le même sel simplement dissous en solution isotonique.

Le Quino-thorium - : Le quino-thorium représente un mélange d'une solution de chloroformiate de quinine, et d'une suspension colloïdale de bromure de mesothorium. Le chloroformiate de quinine est à la fois plus soluble et le plus riche en quinine. On sait, en effet, que le formiate de quinine contient 87, 36 % de quinine, alors que cette teneur est seulement de 0,693 pour l'arséniate; 0,817 pour le chlorhydrate; 0,590 pour le chlorhydro-sulfate, pour n'en citer que quelques-uns des plus usités. Ajoutons que la réaction de la solution est alcaline.

Le quino-thorium s'emploie chez les adultes en injections intramusculaires, à la dose de 2 centimètres cubes, soit 0 gr. 50 de chloroformiate de quinine et 1/10^e de milligramme de mesothorium. L'injection est toujours bien tolérée et n'expose à aucune réaction douloureuse si elle est faite dans la profondeur du muscle. Sans cela, elle provoque, comme la plupart des sels

تنبيه واعتذار

- ١ - وقع خطأ في تجليد بعض اجزاء العدد الثالث فقد أدخلت
ثاني صفحات بعد الصفحة (١٦٠) من مجموعة المصرف الزراعي عوضاً عن
ان توضع صفحات المجلة نفسها فالرجاء من المشتركين الذين وقع في اجزائهم
هذا الخطأ ان يعيدوا اليها اجزاءهم لنصلح تجليدها .
- ٢ - ألحقت في آخر الجزء نفسه نصف مقالة فرنسية عنوانها (معالجة
البرداء بالكينوثوريوم) للامتازين ثانون وجامو مع انها ليست من ملاحظات
ذلك الجزء ويراها القراء الآن في آخر هذا الجزء .

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في نيسان سنة ١٩٢٧ م الموافق لشوال سنة ١٣٤٥ هـ

« Le quino - thorium » السكينوثوريوم

في معالجة البرداء

للحكيم ل . تانون استاذ مرشح بمعهد الطب في باريس وللحكيم أ . جامو .

[لم ننشر في غير هذه المجلة]

ترجمها الحكيم مرشد خاطر



رب قائل يقول اننا بغنى عن استنباط معالجة جديدة للبرداء
والمستحضرات المركبة من الكينين والزرنيخ لا يكاد يحصى عددها هذا
عدا الستوفر سول والترا بر سول اللذين اضيفا حديثاً الى لائحة الادوية
المستعملة في مكافحة هذا الداء . وهما العلاجان اللذان اُلتج باستعمالهما برات
وبردّه (Prattes et Barradas) في مؤتمر امراض البلاد الجارة المنعقد
في لوانده (Loanda) سنة ١٩٢٣ حيث اقترحا ايضاً ان نُنظم معالجة البرداء
تنظيماً حسناً وقد اعدنا طرح هذا الاقتراح المفيد في مؤتمر علم الصحة المنعقد
في بوردو سنة ١٩٢٤ غير انه لم يوضع على بساط البحث لان مدة ذلك
المؤتمر كانت قصيرة

الا ان العلاج الذي نشير اليوم باستعماله ليس ملحاً من ملاح الكينين الجديدة ولكنه مولف من اشتراك الكينين مع جسم مشع فاعل (Radio-actif) وقد كانت النتائج التي عقيبت استعماله باهرة وهذا ما حدا بنا الى ايضاح ما ينظره الطب من الكينوتور يوم الذي عرضته وحضرته معاً بويسون (Buisson) وهو علاج يستعمل حقناً في العضلات . فقد اتضح لنا ان فوائده كانت سريعة وان استعماله خالٍ من الضرر وفعله اطول من فعل الكينين متى اذيب منه المقدار نفسه في محلول متعادل القوة (Isotonique) .

الكينوتور يوم :- ليس الكينوتور يوم الامزيجاً من محلول كلورفورمياة الكينين ومعلق برومور المازوتور يوم الفروي . وان كلورفورمياة الكينين هو المركب الاشد ذوباناً والاكثر احتواءً على الكينين من كل مركبات الكينا . فهو يحوي ٠.٨٧٣٦ بالمائة من الكينين بيد ان الزرنيخاة لا تحتوي الا على ٠.٦٩٣ والكلورمائية الا على ٠.٨١٧ . والكلورمائية الكبريتية (Chlorhydro-sulfate) الا على ٠.٥٩٠ . هذا اذا ضربنا صحفاً عن بقية ملاح الكينين واكتفيننا فقط بهذه الملاح الاكثر استعمالاً . ولعلم ايضاً ان تفاعل هذا المحلول قلوي .

يستعمل الكينوتور يوم في الكحول حقناً في العضلات ومقداره ستمتران مكعبان اي خمسون سنتغراماً من كلورفورمياة الكينين وعشر مليغرام من المازوتور يوم .

ويحمل المريض هذه الحقنة جيداً دون ان يصاب باقل تفاعل او-

ألم متى كانت الحقنة في عمق العضلات . وأما إذا كانت سطحية فإنها تسبب ما تسببه ملاح الكينين الأخرى أي نورماً مؤلماً وتفاعلاً موضعياً لا يعرض المريض لأقل موات موضعي ولا لأي تقيح ولكنه يزعمه فقط ولهذا فإنا نشير أن تجري هذه الحقنة في نقطة أكثر انخفاصاً من النقطة التي تجري فيها عادة الحقن العضلية أي في ملء الألية تحت خط أفقي مار بقمة المدور الكبير (Grand trochanter) وبأبرة لا يقل طولها عن خمسة سنتيمترات فتدري روعيت هذه الشروط زال كل تفاعل وتمكن المريض من المشي دون أقل محذور بعد الحقنة مباشرة .

وإن الحالات التي أشعر بها المريض بألم هي الحالات التي أجرينا بها الحقن في نقطة عالية قرب ارتكازات العضلات وكان بها المحلول قريباً جداً من السطوح العظمية . ومما يكن فإن هذه العوارض الطفيفة كانت تزول بسرعة بعد وضع المكدمات الحارة على الناحية غير أننا نرى أن تماشي هذه العوارض يمكن بأجراء الحقنة في نقطة عالية ولهذا نفضل أن نبتعد عن إجرائها في نقطة منخفضة .

الاستطببات : استعمال هذا المركب جائز في سائر أنواع البرداء غير أن مشاهدتنا لم تكن إلا على الأنواع الناجمة عن المصورات النشيطة (*Plasmodium vivax*) وعلى مشاهدة واحدة ناجمة عن المصورات المنجلية (*Plasmodium falciparum*) وقد كانت النتيجة في الحادثة الأخيرة كما كانت في سواها من الحوادث الآتية غير أننا لم نتحسّن من متابعة المريض فيها أكثر من ثلاثة أشهر . ولهذا يترتب علينا أن نختبر

العلاج في حادثات اخرى جديدة قبل ان نلفظ حكماً بفائدة الكينوتوربوم وباستمرار فعله في الانواع الناجمة عن المصورات المنجلية-Plasmodium falciparum) كما هو عليه في المصورات النشيطة (Plasmodium vivax) اما المقادير فهي حبة (امبول) اي سنتمران مـ. بـ ان كل مرة لكل ولثنا الحبة اي سنتمر مكعب ونصف السنتمر للفتيان ما بين السنة العاشرة والعشرين . ونصف سنتمر مكعب في الاطفال ما بين السنتين والعاشر . ومع كل ذلك فقد حقنا طفلاً زنجياً في الكرون (Cameroun) عمره ستان بسنتمر مكعب واحد في عضلاته منذ المرة الاولى دون ان يصاب باقل عارض . ولم نجرب الحقن الوريدية . وتعطى هذه المقادير يومياً مدة ستة ايام او كل يومين مرة في الحالات الحادة . وانا نفضل ان تصنع هذه الحقن كل يومين لاننا نرى فائدة في اخضاع المريض لتأثير الكينين مدة طويلة وقد رأينا ان الكينوتوربوم ابطأ اطراحاً من سائر محاليل الكينين الاخرى وهذا ما يجعل فعله اكثر استمراراً واشد انتظاماً .

تصنع الحقنة الاولى قبل النوبة وتصنع الثانية بعدها بيومين وتصنع الحقن الاخرى على الترتيب نفسه حتى يبلغ عدد الحقن ستاً . ثم يستريح المريض خمسة عشر يوماً تعاد بعدها الحقن على ان تكون الفترة بين الواحدة والاخرى ثلاثة ايام اي تصنع حقنتان في الاسبوع مدة ثلاثة اسابيع فيكون مجموع الحقن جميعها ١٢ حبة .

ومتى كانت النوب متباعدة وهذا ما نراه في الاور بين العائدين

الى بلادهم الذين لا يصابون بنوبة الا متى قرص البرد او رطب الهواء او طرأ عليهم عارض آخر ، تستعمل حقنة واحدة في الاسبوع فقط مدة ستة اسابيع . وهذه هي الطريقة التي استعملناها في المشاهدة التالية اني نلخصها فيما يلي :

١٠ ل . : عمره ٣٢ سنة عاد من جزائر الانثيل وكان قد اصيب في تلك البلاد بنوب بردائية صفراوية وقد اعترته بعد عودته الى باريس منذ ستة اشهر نوبة اولى في شهر تشرين الثاني وهي نوبة بردائية اصيلة تصحبها حالة يرقانية خفيفة . فجرع نصف غرام كبريتات الكينين بطريق الفم فاصابته نوبة ثانية اخف من الاولى بعد ثلاثة ايام . وقد دلت الملاحظة على وجود المصورات النشيطة (Pl. vivax) في دمه فاجرينا له حقنة كينوتور يوم مساء اليوم الذي يتقدم النوبة وكان ميعادها نصف الليل فلم تصبه النوبة . ثم انتظرنا ثمانية ايام عاينا الدم في اثنتاهما مرتين فلم نر مصورات (Plasmodium) ثم اجرينا حقنة جديدة بعد يومين واثابنا على هذا النظام اربعة اسابيع فزالَت النوبة ولم تعد الى الظهور مع ان المريض عاد الى جزائر الانثيل الى المنطقة التي اصيب بها بالبرداء . ثم عاد الى باريس بعد سنة فلم يظهر الطفيلي في دمه لا بل استمر شفاؤه سنة و ثلاثة اشهر

ولكن هل يظل الشفاء مستمرا ؟ هذا ما نؤمله ومهما يكن فاننا نستنتج ان اشتراك الكينين وبرومور المازوتور يوم يفعل في الطفيليات فعلا يفوق فعل الملاح الاخرى

« وهذه المشاهدة الثانية شبيهة بالاولى »

امرأة اصيبت بالبرداء في الكونغو وقد اعترتها منذ سنتين نوب منتظمة من نوع حمى الثلث (Tierce) السليمة التي لم تتوصل الكينين المأخوذة بطريق الفم الى قطعها (وما ذلك الا لأن الجرعة التي كانت لتتناولها لم تكن الا غراما واحداً في اليوم وهي جرعة يظهر لنا انها غير كافية) فاجرينا لها ست حقن كينوتور يوم

في كل يومين حقنة ثم اعدنا لها هذه الحقن بعد ان استراحت خمسة عشر يوماً ولكن جعلت الفترة بين الحقنة والثانية ثلاثة ايام عوضاً عن يومين فزال التوب . وكان الطفيلي في دمه من نوع المصورات النشيطة (Pl. vivax) وقد اضمحل منذ الحقنة الاولى غير ان عدد الطفيليات كان قليلاً قبل هذه الحقنة .

ان هاتين المشاهدين تعلقان باور بين عادا الى فرسة والنتائج التي ذكرناها شبيهة بهذه في الزوج الذين عالجناهم في الكمرون . ولستأ نرى فائدة في سرد مشاهداتهم جميعها لان الاصابات بالبرداء تشابه في اكثر الاوقات وفي سائر البلدان متى كانت انواع الطفيليات واحدة غير اننا نرغب في سرد مشاهدتي طفليين ونجيين لاننا ثبتنا ما ذكرناه :

النج . لون . عمره سنتان ، اصيب بضمي الثلث وكان طحاله ضخماً يتجاوز الاضلاع السائبة ثلاثة سنتمترات . وقد اصيب بنوبة حينما جيء به اليها فموين دمه ورويت بالمعانة الطفيليات من نوع المصورات النشيطة (Pl. vivax) فحقننا الطفل بنصف سنتمتر مكعب فلم تنقطع النوبة ولكن الحرارة هبطت الى ٣٧ في المساء . فاعدنا الحقنة بعد يومين وكررها بعد يومين آخرين ايضاً فكانت صحة المريض حسنة في الايام الستة وزاد اشتهاؤه وطاب نومه . ونقص طحاله فمتعتراً واحداً . وقد رغبنا في اتمام المعالجة غير ان اهل الولد هاقروا الى قريتهم واستصحبوا الولد معهم .

...

أو . . . سوس . . . عمره سنتان مصاب بالبرداء وبفقر الدم وبضخامة الطحال . خضاب دمه (Hémoglobine) ٥٥ بقياس خضاب الدم لتالكفيس (Tallqvist) ظهرت طفيليات حمى الثلث السليمة في دمه ، حقن بسنتمتر مكعب من الكينوتور يوم في عضلات ساعده لان اليه كلنا هازلتين فنحمل الحقنة جيداً .

فادت حرارته طبيعية في الايام التي عقت الحقن وحسن نومه وزاد اشتهاؤه ومال الى اللعب والمشي .

وقد كنا مستعدين لا كمال معالجته . . . غير ان اهله الذين اتوا من بلد بعيد عن محل المعالجة سافروا واستصحبوا الولد معهم .
ثم انهم عادوا به بعد شهر لانه أصيب بنوبة جديدة . وعرفنا منهم انه لم يصب في ذلك الشهر باقل حمى . فأجرينا له حقنة جديدة . كتبنا نصف سنتيمتر فقط فتحسن حالته في الحال تحسناً محسوساً . ولم يعد طحاله يتجاوز الاضلاع السائبة الا سنتيمترين بعد ان كان يتجاوزها ثلاثة سنتيمترات منذ شهر . ولم تتمكن من متابعة العلاج لان الولد عاد الى بلده بعد الحقنة ايضاً .
...

وبما ان مراقبة سكان تلك البلاد مستحيلة وخطابة مطالبتهم غير ممكنة فانا اضرب صفحاً عن سرد المشاهدات الاخرى في المزيج .
لانهم من القوم الرحل الذين لا يقر لهم قرار فائهم كثيراً ما يقطعون مسافة يومين سيراً على الاقدام حتى يبلغوا مكان المعالجة ثم يعودون الى قراهم بعد ان يتروهموا انهم حصلوا على الشفاء . فاتباع معالجتهم امر متعذر اذن غير اننا نستنتج من هذه المشاهدة ومن كثير غيرها من المشاهدات التي دونها :

١ - ان فعل الكينونور يوم يستمر مدة طويلة لان مرضنا الثاني الذي اوردنا مشاهدته ظل شهراً كاملاً بدون نوبة مع انه لم يحتمل الابحثة واحدة وكانت النوبة تعتريه كل ثلاثة ايام مرة .

٢ - ان الطحال تنقص ضخامته بسرعة وهذا الامر قد تحققنا وجوده في الاول . بين الا ان لجميع المعالجات الاخرى بالكينا هذا التأثير نفسه .

٣ - ان مقدار سنتيمتر مكعب واحد تحمله جيداً طفل عمره سنتان وقد شهدنا شفاء آلام عصبية في امرأة زنجية من الكرون . كانت ثنائيا

ممثلة زوب آلام العصب الوريكي غير اننا تحققنا طبيعتها البردائية من معاينة الدم الذي وجدنا فيه المصورات النشيطة (Pl.vivax) وقد حققت هذه المرأة بمحقتين فقط يفصل الواحدة عن الاخرى اسبوع فزال آلام .
طريقة فعل الكينوتوربوم — . هل للكينوتوربوم فعل خاص بسبب دخول برومور المازونوربوم في تركيبه ؟ لعل ذلك صحيح وهذا ما دعانا الى عرض مشاهداتنا على الجمعية الطبية .

من المسلم ان المواد المشعة الفاعلة تؤثر تأثيراً خاصاً في الاعضاء المولدة لكريات الدم ويقوم هذا التأثير بازادة معدل الكريات الحمراء وتنبه الدفاع في البنية . غير ان الاعمال المتنوعة التي لا تزال الاستنتاجات المستخلصة منها متباينة تدعونا الى التربص في اعطاء استنتاجنا النهائي في هذا الصدد . ولم تسمح لنا بعض معاينات الدم القليلة التي اجريناها في سياق المعالجة بان نتحقق بدلاً في الصيغة الكروية (Formule leucocytaire) مع انها اثبتت لنا تزايد عدد الكريات الحمراء . وان تكاثر الكريات الوحيدات النوى (Mononucléose) الذي يشاهد في دور النقح من البرداء استمر بعد هذه المعالجة كما في سائر المعالجات الاخرى .

وعلاوة على ذلك فان بعض المؤلفين يقولون بان فعل الكمية القليلة من الجسم المشع الفاعل الموجودة في هذه المحاليل لا يستمر طويلاً ولكنه يبطل بسرعة فائقة . وان صعوبة تقدير هذا الفعل تدعونا الى الاجسام عن استخلاص نتائج سريرية في هذا الصدد على الرغم من ان كوشمن وزدرن قد بينا ان نظائر القلويات (Alcaloïdes) تصبح اشدّ فعلاً متى اشتركت

مع جسم مشع فاعل . وان صفات الكينين الدوائية بالخاصة تزداد ولا يخفى ايضاً ان (منوكين) في باريس (وبه) في رومية عاجلاً نوهاً بروائية بالاشعة المجهولة .

ويظهر لنا ان اشتراك برومور المازوتور يوم مع الكينين يمكن الثانية من الفعل الذي ينسبه بعض المؤلفين الى حصول ملاح مشعة فاعلة . ومتى كانت الكثافة عالية اعطت ملاح الكينين طيف امتصاص (Spèctre d'absorption) مختلفاً عن طيف الاصدار (Spectre d'émission) كما تعطي الاجسام المتألقة (Fluorescents) وهذا ما دعا الى الظن ان مجموعة تمثلها نواتان في السلسلة المسدسة الزوايا (Hexagonale) تدخل في صيغتها . اننا نجد في المؤلف المفيد المسمى الكينين (Chininum) الذي طبعته في امستردام الجمعية حثاً على استعمال الكينين (سنة ١٩٢٥) مقالة (لرفائيل كومنج جرب) من مدريد عنوانها « اشفاع الكينين الفاعل (Radio activité de la quinine) وفعلها المضاد للبرداء » فيها بعض التدقيقات عن هذه النقطة . فان المؤلف يذكر ان لوبون بين ان الكينين ترسل تشععات فاعلة في ادوار اِمَاهَتِها (Hydratation) اولا اِمَاهَتِها (Deshydratation) وقد اثبت (دو بوا و كلانك و كومنج جرب) هذه المشاهدات ولم يكن المقصود بالخاصة من ملاح الكينا غير كبريتاة الكينين التي وضع (كومنج جرب) مشابهة لا تخلو من الفائدة بينها وبين الراديوم من جهة الخواص الدوائية والفعل الطبيعي الكيماوي . ان الكينين التي تماء (s'hydrate) في الدم تفقد ماءها في الكبد ثم انها بعد مرورها الثاني الى

الدم تعود الى الاماهة وهكذا تبقى مثابرة على هذه الخطوة حتى تطرح اطراحاً كاملاً . وانها في هذه الاثناء اي في دوري الاماهة واللاماهة تصبح مشعة فاعلة . وهي تشابه الراديويم حينئذٍ باتلافها الخلايا التي تحملها خلايا اخرى افقي منها . وقد استنتج (كومنج جرب) باختبارات ومشابهات ان الكينين يجب ان تعدّ جسماً مشعاً فاعلاً . ولهذا فان فعل برومور المازوتور يوم يضاف الى فعل الكينين المشع الذي قد يكون سبباً من الاسباب الطبيعية الكيماوية الخاصة في جعل هذا النظير القلوي (Alcaloïde) مؤثراً في الحويينات الدموية (Hématozoaires)

وقد بدا لنا للاسباب التي ذكرناها ولتحققنا فعل الكينوتور يوم السريع والمستمر ان هذا العلاج يجب ان يعلن . وان استعماله حقناً في العضلات سهل ولا حاجة تدعو ولا سيما في الجلى الثلث السليمة وهي التي تتكلم عنها الآن ، الى اجراء حقن ور يديه اما الحقن تحت الجلد وان نكن قد اجر بناء بنين ضرر فانتا نشير بتركه وعدم استعماله لان فعله لا يفوق فعل الحقن الـعملية ولكنه بعكس ذلك اكثر ايلاًماً .



ابتلاع الهواء (Aérophagie)

للحكيم لومر كل استاذ السريريّات الجراحية



ترجمها الحكيم مرشد خاطر

لا ازال اذ كر انني سمعت منذ زهاء ثلاثين سنة الاستاذ بوفره (Bouveret) واضع هذه التسمية (ابتلاع الهواء) يتكلم عن هذا العرض وذلك حين كنت تلميذاً نظيركم انا بر على سريريّات مستشفى (اوثل ديو) في ليون ولا ازال اذ كر ايضاً انني كنت اقرأ عن هذا الداء من حين الى آخر تقريراً يرفعه هذا او ذاك فلا اعبر الامر اهتماماً غير ان الحظ قادني في الاونة الاخيرة الى مستشفى (اوثل ديو) في باريس الى عيادة الاستاذ (لفن) فتحققت ان الامر خلاف ما كنت اتوهم وتركت تلك العيادة مقتنعاً بان ابتلاع الهواء ان لم يكن اس الامراض جميعها كما يغالي البعض فانه يظهر بمظهر امراض متنوعة ويلتبس بها مسبباً عوارض شديدة الخطر ان لم يشخص ويتدارك امره . وقد رأيت بام عيني مرضى عديدين في تلك العيادة عاجلهم منذ اشهر وسنوات عدد من اساتذة الطب فسمموا بجنون اقل فائدة فشفاهم (لفن) بعد بضعة ايام . وهذا ما حدا بي الى محادثتهم .
هذا العرض لكي تلافوه متى سنحت الفرصة .

ولست اجعل انني سأجتاز حدود الامراض الجراحية واقنع حدود الامراض اباطنة لان هذا البحث يتعلق بالطب جميعه غير انني سأدرس

الامر فقط من الوجهة الجراحية مبنياً لكم الخطيئات التي اقترفها الجراحون
او التي يترتب عليكم اجتنابها .

التعريف : ما هو ابتلاع الهواء ؟

هو دخوله للانبوب الهضمي فبعد ان يتلعق الهواء او يتمص يدخل
المعدة فيبقى فيها مدة ثم يجتاز البواب ويصل الى الامعاء ويخرج من الشرج
وقد بين الرسم بالاشعة هذه الادوار المختلفة ووجود الهواء في قطع
الانبوب الهضمي المتنوعة منذ المريء والمعدة والامعاء حتى الشرج .
اذا عوين امرؤ معاً بنة مائلة بعد ان جرتع البزموت الليكوبودي
(Bismuth lycopodé) ظهر ان المريء توسع بالهواء الذي ابتلع وبقى
كذلك ريثما تغلب السُدفة ^(١) (Cardia) على نفسها فتفتتح
ويمر بها الهواء الى المعدة حيث يزداد تمدداً فنخفض سووية الموائع الموجودة
فيها كلما ازداد الغاز تمدداً .

يكون انحناء القطعة اليسرى للحجاب الحاجز في الحالة الطبيعية
اكثر انخفاضاً من انحناء قطعه اليمنى التي ترفعها الكبد وبلجاً في الغالب
الى نفخ جوف الخلب ببعض الغازات لكي ترى حواف الكبد والطحال .
اما في الذين يتلعقون الهواء وتكون معدتهم واماؤهم منتفخة به فلا حاجة
الى هذا النفخ وتظهر على الدريئة (écran) المميزات التالية :

(١) السُدفة الباب او سدته او سترة تكون عليه ثقبه المطر والنخ واراها موافقة
لترجمة (Cardia) وهي كلمة يونانية معناها القلب او الفؤاد الا انه يراد بها هنا باب
المعدة او فمها العلوي .

١ = يرى البطن جميعه مرصعاً ببقع واضحة (جيوب هواء) شفافة لا ترى في الحالة الطبيعية .

٢ = يظهر طرف الكبد السفلي واضحاً كل الوضوح لانه قائم بالنسبة الى البيئة الواضحة التي يرسم عليها وكذلك الطحال فانه يظهر واضحاً ايضاً .

٣ = يدفع التوتر الداخلى في البطن القطعة اليسرى للحجاب الحاجز فتجتاز القطعة اليمنى وتعلو فوقها علواً لا نكاد نتوقع حدوثه . ويقصر القطر القائم لجوف الصدر الايسر كلما ارتفع الحجاب الحاجز .

وبعد ان يبقى الهواء في المعدة مدة من الزمن يندفع الى الامعاء ويوسع الكولون الذي يستند على المعدة ، فتتحرف انحرافاً جانبياً وقد تصل الى المراق الايمن وتلاصق الكبد ملاصقة متمسكة وقد يؤثر بها ضغط الكولون المتوسع فيوقع بها تبدلات متنوعة مغيراً شكلها الطبيعي ولا يستبعد أن يعيدها ثنائية المسكن (Biloculaire) دون ان تكون فيها اقل آفة عضوية ومع ذلك فان هذه التبدلات كانت تبدو واضحة لاعين الجراحين حتى انهم كانوا يقدمون على اجراء عمليات جراحية نوهماً منهم انها واجبة مع انه لا لزوم لها البته . وكثيراً ما ينحصر الهواء في زاويتي الكولون الكبدية والطحالية حيث يسبب تشوشات شبيهة بالتشوشات التي احدها حين تمديده للمعدة .

هذه هي المناظر التي تبدو بالمعينة الشعاعية والتي يترتب على الفاحص ان يميزها عن الافات الحقيقية التي تشابهها .

الآلة = (Mécanisme) كيف يتبلغ الهواء ؟

اكثر مبتلي الهواء يتلعونه وهم يبلعون لعابهم وكثيراً ما يتلعونه

وهم يحرون حركات بلع فارغة (اي دون ان يبلعوا لعاباً) وهذا ما نسميه عادة البلع (Tic d'avalement) ومنهم من يتعلون الهواء يجذبهم اياه كما يجذب المدخن الدخان دون ان يتلمه . ولا ننس تشنجات البلع التي تؤدي الى ادخال الهواء للمعدة لان فعلها يشابه فعل الاجاصة المطاطة الجاذبة .

الاسباب = جميع الاسباب المؤدية الى غزارة اللعاب وجميع الاسباب التي تسبب حركات البلع تعد اسباباً لا ابتلاع الهواء .

المنشأ المعدي : كاللعاب (Sialorrhée) المصابين بسوء الهضم وازدياد حموضة المعدة ، وهبوطها الذي ينه الضفيرة الشمسية (Plexus solaire) المنشأ الخارج عن المعدة : كل الموانع التنفسية : الانفية الباطنية وتشوشات الاسنان (Dentition) والاجهزة السنية وبعض التشنجات الوجهية وسدادة الصملاخ (Cerumen) بتخريشها جبل الطيل .

يكون السواد الاعظم من مبتلي الهواء مصابين بالتشنجات كتشنج الشفة وتشنج المريء أو المعدة أو الكولون أو الشرج

وقد ثبت اخيراً ان توسع المعدة الحاد في بعض الذين اجريت لهم عمليات جراحية وفي المواخض والنوافس يعزى الى ابتلاع الهواء السريع (بسبب غزارة اللعاب التي تملأ التخدير او لسبب آخر) الذي كثيراً ما كان يؤدي الى الموت قبل ان عرف السبب وبدئ بادخال الانبوب للمعدة (Tubage) فكل ما اوردنا حتى الآن يهم الجراح قبل كل أحد الاعراض : اترك جانباً اعراض جهازي الدوران والتنفس لان وصفها

يخرج هذه المحاضرة عن دائرة الجراحة فقد تمكنت من الاستنتاج ان ضغط الهواء متى ازداد في البطن تمكن من إمالة القلب وتحريفه وما توسع المعدة الحاد بعد العمليات وهو عارض ميمت في بعض الاحيان الاً مسبباً عن هذه الآلية .

اترك ايضاً جانباً جميع الاعراض المعديّة التي تُشفي بالمعالجة الدوائية الموجهة الى ابتلاع الهواء ولا سيما ذاك المرض القديم المسمى سوء الهضم الرميحي (Dyspepsie flatulente) لانه ليس سوى سوء هضم مختلط بابتلاع الهواء اذ ان الاختبارات المعديّة معها اشتدت لا تفتت منها هذه الكميات الكبيرة من الغازات . فرب امرى بفرغ من معدته ما يعادل ٧٠٠ س^٣ او لثراً فكيف نفل وجود هذه الكمية الكبيرة من الغازات ان لم نعرها الى ابتلاع الهواء ؟

وانما الكلّم فقط عن بعض العوارض التي تطرأ على المريض في سياق ابتلاع الهواء فتدعو الجراح الى اجراء عملية لا داعي لها .

لنفرض ان مريضاً مصاباً بسوء هضم لم تنجح فيه المعالجات المتنوعة وان المعاينة الشعاعية دلت على ان معدته مزدوجة المسكن (Biloculaire) فلا يستغرب ان يحمل هذا العرض الجراح على اجراء عملية ولكنه يجد بعد ان يفتح البطن يأخذ المعدة بيده ان فوهتها واعضادها (Parois) سليمة وان سوء شكل المعدة مسبب عن ابتلاع الهواء ليس غير وافرضوا ان حامللاً اعندت في قيئها حتى دعشنا الى التفكير في اجراء الاسقاط مع ان نقرئها (قيئها) يشفي بوضع ساعات متي عرف الطيب ان سببه ابتلاع

الهواء فان الكثيرات من الحوامل يكون لعابهن غزيراً فيبلعنه في كل حين وابتلعن الهواء معه فينجم منه نفث لا تتجع فيه خلاصات الجسم الاصفر ولا الكظرين « الادرنالين » .

ومتى انحصر الهواء في المعدة واشتد توتره كانت الالام التي يحدثها منقطعة فشايت نوب تنبه الخلب (Péritonisme) او نوبة التهاب خلب حاد (Péritonite) كما يقع بعد انتقاب القرحة . ومتى عرفنا ان تنبه الضفيرة الشمية قد ترفع الحرارة الى ٣٨ او ٣٩ ازداد الشك حتى ان الجراح اذا لم ينتبه الى ابتلاع الهواء اسرع الى فتح البطن العاجل .
واذا تتبعنا الهواء في الكولون رأينا ان اجتماعه فيه يلعب دوراً مهماً في مبحث الامراض المعوية كما ان اجتماعه في المعدة يلعب دوراً كبيراً في مبحث الامراض المعدية .

فان انحصار الهواء في الكولون المعترض بسبب تشنج زاويتي الكبدية والطحالية يوجد نقطتين مؤلمتين اولاهما منخفضة واقعة في اليمين عند الخاصرة اليمنى والاخرى عالية في المراق الايسر . ومتى كان الالم اشد في الجهة الواحدة منه في الجهة الثانية كان سبباً للخطأ فاذا اشتد في اليمين التبس بالمرارة وبالم مستقر على مسير الخالب سببه الرمل البولي وبالم الذيل الدودي ويروي (لفن) قصة احدى جاراته التي دعي الى عيادتها في الساعة الثانية بعد نصف الليل لان آلاماً حادة للغاية اعترتها ولان هذه الالام كانت تستدعي حسب رأي زوجها توسطاً جراحياً عاجلاً وكان يعالج المرأة منذ زمن طويل عدد من الاطباء لالتهاب الذيل الدودي

المصابة به . فمابينها (لقن) معاينة سريرة واقنع كل الاقتناع انها بتلغع الهواء فإشار عليها ان تبادل وضعة جسدها فوالله آلامها في الحبال اذن كان الهواء متحصراً في كولوئها .

اما الألم في الجهة اليسرى فأصعب تمليلاً . فان جميع ما ذكرنا من الامراض السابقة اذا استثنينا الحرارة يلبس بلغم الهواء . غير ان الكولون يعلو هنا الى ما وراء الشبكة الضلعية حتى ان الألم يشابه الماء عصبياً ورياً . الورب هو المسافة بين ضلعين) او دابة مستقرأ في ناحية القلب الامامية وقد يحدث ان الألم الكولوني الايمن يحصل بينا الألم الكولوني الايسر يظهر وقد يكون الألم راحماً .

ومنى كانت فاعللات الكولون شديدة كانت التوب حادة شبيهة بالتهاب الخلب (الابريطون) او انسداد الامعاء ويروي (لقن) . رواية مريض كان منظر وجهه ابقراطياً والالام التي تفتابه بين المراقق الايمن مبرحة وكانت نبضات نبضه ١٦٠ في الدقيقة واطرافه باردة وقيمه غزيراً واطخ . وقد فتح بطنه بعد ان شخص دأؤه : التهاب خلب ناجم عن انتعاج ، فلم تظهر فيه اقل افه .

التشخيص قلما يوضع التشخيص منذ البدء لان اعراض ابتلاع الهواء كما سمعتم استعارية اكثر مما هي خاصة بالداء . غير ان بعض الاعراض الصغيرة ترشدكم الى الطريق السوي متى كان ابتلاع الهواء مزمناً . فان اللسان الاحمر الرطب اللامع خاص بالمصابين بنزوة الخلب .

وكثيراً ما يلعب المريض (اي يسيل لعابه) على الوسادة في أثناء

النوم . ويصاب هؤلاء الاشخاص الذين يتلعون لعابهم دائماً ببعض الالتهاب الذي يعيد العنق حساساً . فلا يعودون قادرين على تحمل القبات الضيقة . ولا ينامون ليلاً الا وهم مضطجعون على جانبهم الايمن واذا نظرتم اليهم وانتم تعانونهم ترونهم يستجمعون قوى عضلاتهم ليلعبوا فيجب ان نقتشوا عن عادة البلع (Tic d'avalement) فيهم وان تلاحظوا نحيشاًم الكاذب .

واذا عاينتم البطن تحققت ان الحفرة الشرسوفية متوترة واضحة بارزة الى الامام عوضاً عن ان تعود الى الوراء حين الشيق اذن يتنفس هؤلاء تنفساً معاكساً للتنفس الطبيعي .

ويجب ان يكمل وضع التشخيص بالمعاينة الشعاعية .

يترتب على الطبيب ان يكون ابتلاع الهواء ماثلاً امام عينيه لكي يفكر فيه ويتوصل الى تشخيصه .

اما في الحالات الحادة فاذا كان الطبيب لا يعرف المريض سابقاً فان استجواب من حوله كافٍ لارشاده . وتحري هذه العلامات الصغيرة التي ذكرتها تسهل عليه هذه المهمة .

بدلوا وضعة المريض فيبدل الهواء وينخف التشنج ويقوم الرباط الكولوني المنفل وتغير الانثناآت المعوية فيزول الالم في الحال .

اما في القولنج الكبدي او الكلوي او في التهاب الذيل الدودي فان الاضطجاع على الجانب يزيد الوجع عوضاً عن ان يزيله . اذانه ما من داء يزول الالم فيه بتبديل وضعة الاضطجاع غير انحصار الهواء في الكولون

المعالجة - في الانواع الحادة ، هذه الانواع التي تمت اذا لم يسرع فيها الى التوسط لان استرخاء عضلة القلب يمت المصاب بعد قليل وار يدبذه الانواع التوسع الحاد الذي يعقب العمليات والتوب المعدية الحادة التي تشابه التهاب الحلب ، قلت في هذه الانواع لا توجد غير واسطة واحدة وهي ادخال انبوبة فوشر . واجراء التنفس الاصطناعي ريثما تستحضر الانبوبة . واذا لم تكن النتيجة حسبا نتوقع وكانت الحالة شبيهة بانسداد الامعاء يوضع المريض في حمام حار فتزول تشنجات البواب والمري والكولون ويفيد في بعض الحالات شرب احد المناقيع الحارة وهي واسطة سهلة وحسنة . ويقوى القلب بالوسائط المعروفة .

واما في ابتلاع الهواء المزمن فتوجد طرق متعددة كتعدد الانواع الذي يظهر بها المرض غير ان تنظيمها وتقسيمها نضعة اقسام لا يزال ممكنا ١ - معالجة السبب : تقوم بمعرفة السبب ومعالجته . كمعالجة غزارة اللعاب المسببة عن اسنان اصطناعية موجودة في الفم او عن سدادة صملاخ او غير ذلك

٢ - مكافحة عادة البلع (Tic d avalement) : تقوم باسترخاء الاربية (ربطة رقبة) وبوضع فلينة بين الاسنان او ما يقوم مقامها كقطعية قطن او سوى ذلك وبسد الحفرتين الانفيتين . (لان الانسان الذي يفتح فاه لا يتمكن من البلع او يصعب عليه ذلك) وبالنظر الى السقف وبالتشاوب الشديد واذا لم تكف هذه الوسائط فتعالج عادة البلع معالجة التفورث في الحوامل .

٣ - معالجة قصور الحجاب الحاجز : ان دور الحجاب الحاجز مهم للغاية . ولهذا يجب ان يروض اي ان تصنع الرياضة التنفسية بجميع انواعها وهناك طريقة جديدة (طريقة الشمعة) سهلة الاجراء في جميع الحالات دون ان يشعر بها احد نام الشخص او جلس او (كل او مشى وهي تقوم باجراء حركة النفخ كأننا نحاول إمالة لمبة شمع دون ان نطفئها حتى يتم الزفير وتصنع هذه التمرينات عشرين مرة في اليوم وتتألف كل مرة من خمس حركات زفيرية يفصل الواحدة عن الاخرى نصف ساعة على ان يتبدل بها بعد الطعام بساعة .

٤ - المعالجة الدوائية : يجب ان تكافح المنشجات وغزارة افراز اللعاب فيعطى للمريض من بروجمور البوتاس غرامين في اليوم أو يعطى من فحاث البزموت ١٥٠ - ٥ غرامات في اليوم مدة ٦ - ٨ اسابيع .

نظام الغذاء : بسيط للغاية يمنع عن الخبز ويمص الماء بقسطل او بقصبة ويكثر من شرب المذايق الحارة (ولزيادة الايضاح فليطالع كتاب (لبن) عن ابتلاع الهواء .)

ولا يجب ان ننسى ان ابتلاع الهواء الاصيل يصحب في كثير من الاحيان آفة عضوية محتجة . وهذا ما يسميه (لبن) ابتلاع الهواء المقرون ومتى كن هذا فشلت المعالجة مهما اعتنى بها لان تلك الآفة المسببة تظل تفعل فعلها .

متى كان ابتلاع الهواء بسيطاً وجب ان يستريح المريض فجأة وان يشفى خلال ١٥ يوماً . واما اذا لم يشف بعد هذه المدة فيكون ابتلاع الهواء

مصابحاً لافة اخرى . ولا تعد معاينة المعدة تامة الا اذا فحص الصدر ايضاً
وعويبت الاعمدة منذ الفم حتى المعدة وكذلك لا ابتلاع الهواء المصاحب تقدم
الامثلة الاتية في : ناجم من ابتلاع الهواء مصاحب لتضيق المريء النهائي
خناق صدر وابتلاع هواء مصاحب لجذرة غائصة (Goitre plon-
geant) غزارة لعاب وابتلاع هواء انعكاسي مصاحب لسرطان المريء وبهذا
القدر كفاية الآن عن ابتلاع الهواء .



الانسولين في الجراحة

للحكيم مرشد خاطر استاذ الامراض الجراحية ومدير بانها



لا يفقه الاطباء وخدام ما للداء السكري من الاهمية في الجراحة لان الشعب نفسه الذي لم يتلقن من مبادئ الطب شيئاً يدرك ان لهذا الداء شأنًا كبيراً في الجراحة وسبب ذلك يعود الى امرين :

١ - لان الداء السكري يعيد العمليات الجراحية خطرة

٢ - لانه بيئة حسنة ملائمة لبعض الامراض الجراحية .

لنبعث اولاً في النقطة الاولى :

قلنا ان هذه القضية وهي ان العمليات الجراحية خطرة في المصابين بالداء السكري مسلم بها لا يختلف فيها اثنان . غير ان ذلك لا يعني ان كل عملية جراحية تجري في هؤلاء المرضى تنتهي بالموت فقد روى الجراحون كثيراً من العمليات الكبيرة التي كان بها النجاح حليفهم وقد اجرينا بدورنا عمليات كثيرة كللت بالنجاح ايضاً ولم يختلف بها الزمن التالي للعمليات في شيء عما هو عليه في من لم يصيهم هذا الداء .

وما العوارض الخطرة التي كانت تصيب المصابين بالداء السكري بعد العمليات الجراحية الكبيرة مسببة عن اهمية العمليات لان العوارض نفسها كانت تقع بعد العمليات الجراحية الطفيفة . وليست هي مسببة عن الحالة

السكرية نفسها وإخطارها لان هذه العوارض اذا كانت تصيب بالخاصة المصابين بالداء السكري المهزل فقد تطراً ايضاً على من كان مظهر صحتهم حسناً للغاية .

فيحق لنا اذن ان نقول ان اجراء العملية الجراحة في المصاب بالداء السكري تابع للحظ وان نجاحها او فشلها تابع للصدفة .

فموقف الجراح اذن موقف حرج محفوف بالخطر وداع الى التردد . ولذا كان الرأي الجراحي منذ بضع سنوات خلت يحض على السير بموجب وصية ريشارد يار وسيكار القائله : متى كانت الضرورة لا تقضي باجراء العملية الجراحية يجب ان تؤجل مهما كانت صغيرة : كتنجريف داء ثاقب او استخراج ظفر متلاحم (Ongle incarné) او خزع الاحليل الداخلي او سوى ذلك . واما متى كانت حياة المريض معلقة بالعملية الجراحية كرد فتق محتقن او ثحرير انسداد موي او متى كانت العملية وحدها كفيلة بتخفيف الالام عن المريض وباطالة حياته كما في تضيق البواب الندي او السرطاني او في سرطان الثدي او في جدره غائصة . في مثل هذه الحالات تجرى العملية الجراحية . آه

هذه هي خطة العمل التي كان يتبعها الجراحون قبل ظهور الانسولين في عالم الطب . غير ان هذه الخطة قد تبدلت كل التبدل بعد ظهور هذا العلاج وقد بين ما لهذا العلاج من التأثير الحسن كثير من المؤلفين الذين نضرب صفحاً عن ذكرهم خشية التطويل الممل . واتنا ذا كرون الآن طريقة تطبيق

هذا العلاج وفاقاً لما يسير عليه أكثر الجراحين ولا سيما شبانيه ولا برت ولوجار ولو بواندل :

لا بد من تمييز حالتين فاما ان تكون قد اجريت العملية الجراحية وعو ين المريض بعدها واما ان تكون الملاحظة قد سبقت العملية الجراحية
١ - اذا عو ين المريض بعد العملية : لا ينبغي ان كل عملية جراحية ولا سيما متى كانت تستدعي التخدير العام لنبه في المريض المصاب بالداء السكري نوية حادة من تسم الدم بالخلون (Acetonémie) وقد تنتهي بالاسباب الجلي والموت . فيترتب علينا في هذه الحالة ان نجري معالجة وافية وشافية لهذه التسمات الدموية . وهذا ما يتم لنا الحصول عليه بالانسولين .
٢ - المعالجة الوقاية : تكون الاعراض السريرية النامة بوجود الخلون في البول مفقودة وإنما يعرف التسم من وجود الاجسام الخثونية في البول فقط .

لا يستغرب في هذه الحالة ان يزول تسم الدم الخثوني من تلقاء نفسه بدون اقل علاج غير انه من جهة ثانية قد يكون خطراً كبيراً لان اقل عارض عوفي يطرأ بعد العملية الجراحية كاف لاحداث عواوض سريرية مميتة . اذن ازالة هذه البيئة الخثونية بالانسولين وباسرع ما يمكن نغية المريض فائدة كبيرة .

فبعد انه يجري تفاعل المبرت^(١) قرب سرير المريض وهذا اذا لم

(١) تفاعل امبرت (Imbert) يستدعي الكاشفين التاليين :

١ - كاشف امبرت وهو مزيج متساوي الاجزاء من محلول نيتروبروسيانيد الصوديوم

يمكن مخبر كيماري في البلد الذي يمارس به الطبيب ولما اذا وجد مخبر فيفضل ان يرسل البول اليه لمعايرة الاجسام الخلووية فيه (حسب طرق بقع فون سليك المفضلة على سائر الطرق الاخرى) قلت بعد ان يجرى ذلك التفاعل يبدأ بالمالحة بدون تأخر -

ونقوم هذه المعالجة بالحقن بالانسولين وذلك باجراء حقنتين في اليوم كل منهما معادلة لعشرين الى اربعين وحدة (Unités) . و يعطى بعد كل حقنة زهاء ٥٠ - ٦٠ غرام مائيات الفهم اما بطريق المعدة اذا كانت تغذية المريض جائزة او بطريق الشرج او تحت الجلد اذا كانت تغذيته بالقم ممنوعة .

فلا تلبث ان تزول البيلة الخلووية (Acétonurie) بعد يومين او ثلاثة ايام وقلم يطول امرها اكثر من ذلك .

وبعد ان يزول الخلون لا يجوز ان تقطع المعالجة بالانسولين وانما نكمل ريثما يزول كل خطر يمكن وقوعه (كالعوارض الممقنة وغيرها) لان

(Nitro prussiate de Saude) المائي الذي نسبته ٢٠ بالمائة ومن خاص الخل المتجمد .

٢ - محلول نشادر (امونياك)

واما التفاعل فيقوم باضافة بضع قطرات من كاشف امبرت الى ستمتر مكعب واحد من البول موضوع في انوبة اختبار و يمزجها به . ثم يضاف بدون رج نصف ستمتر مكعب من النشادر بصبه على جدران الانبوب المائل فلذا بدت دائرة بنفسجية في حدود النشادر والبول كان الخلون موجوداً وكلما كان هذا اللون مشيحاً كان الخلون كثيراً .

حصول هذه العوارض تعرض المريض لنوبة تسم خلوفي جديدة في الزمن التالي للعملية الجراحية .

وبعد دخول المريض في دور النقاهة وشفائه من العملية الجراحية يعالج الداء السكري المعالجة المعروفة بالحمية أو بالانسولين حسب الحالة .

٢- المعالجة الشافية : كانت قد بدأت العوارض السريرية الدالة على تسم الدم بالجلون : في هذه الحالة لا بد لنا من تمييز حالتين فاما ان يكون المريض في الدور السابق للسبات او ان يكون في حالة السبات المحقق .

كان الانذار قبل وجود الانسولين وخيماً للغاية والموت محققاً متى كان السبات موجوداً ولم يكن الانذار باقل وخامة ايضاً في الدور السابق للسبات لان المعالجة بالقلويات لم تكن تأتي بالفائدة المرغوب فيها . اما بعد كشف الانسولين فقد عاد الشفاء محققاً في جميع الحوادث متى كان المريض في الدور السابق للسبات وقد قصت الوفيات الى ٤٠ بالمائة في دور السبات المحقق بعد ان كانت مائة بالمائة .

فيستنتج اذن من ذلك بضع قواعد كبيرة الفائدة في الممارسة :

١- يكون نجاح الانسولين مقررأ كلما كان استعماله باكراً

٢- يكون نجاحه مؤكداً كلما كانت كميته كبيرة منذ البدء .

٣- يستحسن في حالة السبات ان تشترك المعالجات الاخرى الموجهة

الى الاعراض مع المعالجة بالانسولين .

٤- عوين المصاب قبل اجراء العملية : هنا لا بد من تمييز حالتين ايضاً

فاما ان تكون العملية الجراحية ضرورية او ان يكون تأجيلها ممكناً .

أ — فاذا كان تأجيل العملية ممكنًا يحضر المريض تحضيراً حسناً بالانسولين حتى تعود حالته قريبة من الحالة الطبيعية وهذا ممكن كل الامكان . فاذا لم تكن اعراض سريرية دالة على تسمم الدم بالخلون يتبع النظام الآتي :

١ — تعين نقطة الداء السكري : ونعني بذلك ان يعطى المريض طعام

التجزئة الآتي المركب من

أ - مائة غرام مائيات الفحم (Hydrocarbonés)

ب - ٨٠ ، ٠٠ سنتغراماً الى غرام مواد هيولية (Mat. protéiques) لكل كيلو من وزن الجسد

ج - ٦٠ - ٨٠ غرام مشحوم

بعد اعطاء هذا المرتب الغذائي مدة اربعة ايام متوالية يجمع بول ٢٤ ساعة وبعاير الدبسوز (غليكوز) والاجسام الخلوئية اجمالاً (Corps cétoniques) فيه حسب طريقة فان سليك

وفي صبيحة اليوم الخامس وقبل ان يتناول المريض غذاءً يؤخذ من دمه وبعاير الدبسوز فيه (حسب طريقة برتران يارتي بورتيه) ثم تبدأ المعالجة بالانسولين طبقاً لهذه النتيجة

١ — فتمت زالت البيئة الخلوئية والبيئة الدبسوزية (Glycosurie) وعاد الدبسوز (غليكوز) في دمه الى نسبته الطبيعية كان المصاب قريباً من الحالة الطبيعية .

٢ — غير ان هذه الحالة السابقة قلما تقع فان البيئة الخلوئية والبيئة الدبسوزية تزولان وانما نسبة الدبسوز في الدم تبقى عالية عن حدها الطبيعي .

٣ - نزول البيلة الخلوية وتنقص البيلة الديدسوزية دون ان تزول

و يبقى الديدسوز في الدم مرتفعاً كثيراً .

٤ - متى وصلت المعالجة بالانسولين الى اقصى تحسن يمكنها ان تصل اليه يكون الوقت قد حان لاجراء العملية الجراحية . فحتى كان المريض من صف الفئتين الاولتين ذكرناهما كان اجراء العملية يدون اقل تردد و جازماً لأن الزمن التالي للعملية فلما يختلف في المصابين بالسكر عمن لم يصابوا به . ومتى كان المريض من صف الفئة الثالثة لا تكون نتيجة العملية الحسنة

مقررة وان تكن مشاهدات الجراحين قد دلت على انها قد كللت بالتجاح حتى في ام العمليات واكبرها وعليه يقضي في هذه الحالة ان تختار في اجراء العملية اخصر طريقة وان ياجأ الى التخدير الموضعي ما امكن او ان تنقص كمية التخدير العام جيداً

٥ - النظام الذي يترتب علينا اتباعه مدة العملية وما بعدها : تكمل المعالجة بالانسولين يوم العملية نفسه فتجرى حقنة منه قبل العملية بساعتين وبعدها بسبع ساعات وتصبح الاخيرة بعد اجراء تفاعل اميرت لان نتيجة هذا التفاعل هي الاس الذي بنى عليه مقدار الانسولين الذي يجب الحقن به . ويعطى المريض بعد كل من الحقنتين الاولى والثانية مائيات الفحم كما ذكرنا اما بطريق الفم اذا كان اطعمه ممنوعاً فيجرى له المصل الديدسوزي بطريق الجلد او الشرج وتكمل المعالجة بالانسولين في الزمن التالي للعملية حتى يزول كل خوف من وقوع عوارض اعني الى ان يشفى المريض شفاً تاماً ويعود ناقياً .

ب- تأجيل العملية متعذر: ان هذه الحالة هي اخرج الحالات وادقها لان تحضير المريض للعملية بتحسين حالة دائه السكري أمر لا بد منه لنجاح العملية وهذا يستدعي بعض الزمن غير ان الداء يضطر الجراح الى الاسراع بعمليته لان الخطر يهدد مريضه ولان الانتظار يمتد . يكتفى في هذه الحالة ان يتحرى وجود الدبوس في البول بسبال فنانغ وان يجرى تفاعل امبرت، ثم تجرى حقنة انسولين كبتها ٦٠ - ٨٠ وحدة ويحقن بعدها بمصل دبوسوزي او بلاء محلى وتعاد التحريات نفسها على البول بعد ثلاث ساعات لتعلم الحالة التي وصل اليها المريض وتكمل المعالجة هكذا ريثما تزول البيلة الخلوئية هذا اذا لم يحكم الجراح بوجوب الاسراع .

وبعد اجراء العملية يراقب المريض عن قرب مراقبة دقيقة فتجري التحريات على بوله مرات عديدة في اليوم ويحقن بالانسولين بحسب النتيجة مرات كثيرة ايضاً وكلما تحسنت الحالة نبعد الحقن حتى تعود اثنتين كما في الحالات السابقة

ولا ينبغي ان اختصار طريقة جراحية والاكتفاء بالتخدير الموضوعي ضروريان هنا اكثر من الحالات السابقة فعلى الجراح ان يراعى ذلك .

اذن يمكننا ان نستنتج من كل ما تقدم القاعدة الثالثة وهي : يجب ان لا يمس الجراح ببضعة شخصاً مصاباً بالداء السكري مهما كان مظهر دائه حشاً ومهما كانت العملية الجراحية طائفة قبل ان يحضر ذلك المريض للجراحة تحضيراً منطقياً على القواعد التي ذكرناها بحقه بالانسولين .

معالجة كسور عنق الفخذ (١)

للحكيم لومر كل استاذ السريريات الجراحية



ترجمها الحكيم مرشد خاوار

استفمن فرصة وجود مريضين مصابين بكسور عنق الفخذ في قاعاتنا الجراحية. لاكمل لكم بحث كسور الفخذ الذي كنت قد بدأت به في السنة الماضية اما موضوعي اليوم فهو معالجة كسور العنق .

١- التوسط الجراحي ونحن مدينون به لبطرس دالبه وتلاميذه .

٢- الرد والتثبيت بجهاز جبسي وقد اشار به رويال هويتن وسائر

علماء التججير (Orthopédistes)

٣- التحديد المتواصل (Extension Continue) وهو مشتق

من اعمال نيوتن وهنكان

٤- طريقة لوقا شامبيونيار القديمة واساسها التحريك الباكر .

وقد اهملت اليوم اهمالاً يكاد يكون تاماً .

تذكروا دائماً مهما كانت الطريقة التي تدمعملونها انه يصعب عليكم

جداً ان تعالجوا معالجة قوية احد الكسور ولا سيما كسور عنق الفخذ اذا

لم يساعدكم المريض نفسه على ائقان تلك المعالجة . فان النتائج تفشل دائماً

اذا كان عليكم ان تعالوا المريض نفسه في كل دقيقة سواءً كان جاهلاً
اهمية التعليمات التي يشير بها الجراح او كان يدرك اهميتها ويحملها :
يتلوث المريض او يبدل وضعته الحسنة التي اجراها الجراح او يسند قدمه
على الاطار او ينزع الاثقال المعلقة برجله متى اذار الطبيب ظهره او انها
تسقط دون ان ينتبه اليها او يحل عقدة وغير هذه من الامور التي تعيد
التمديد وهمياً .

ومتى جاء وقت المشي يرفض المريض ذلك او يستند على عكازين
ولا يريد ان يستغني عنهما ليستخدم عضوه الذي كان مكسوراً ، ولا يجب
ان ننسى ان كسور العنق هذه ان لم تكن منحصرة في الشيوخ فقط فانها
على الاقل كثيرة الحدوث فيهم . وان التهاب الشعب والرئة يمت من
الاشخاص المسنين متى أصيبوا بكسور العنق اكثر مما يمت منهم متى اصيدوا
بالكسور الاخرى السائرة .

واننا على الرغم من تقدم المعالجة الجراحية لا تزال مضطرين في بعض
الحالات الى إبقاء المرضى في اسرهم والاكتفاء ببهاز مضاد للتمديد دون
التمكن من اجراء المعالجات الاخرى لان المرضى لا يتحملونها غير انه
متى كان المصاب لا يزال قوي البنية ومتى كان دفاعه الحيوي لا يزال
شديداً نمكنا حينئذ من امداده بوسائط اخرى تقرب منه الشفاء وتعيد
الى عضوه وظيفته السابقة . فلتكلم عن هذه الوسائط حسبما هي اليوم .
كانت تقسم كسور العنق سابقاً الى : كسور واقعة داخل المحفظة وكسور
خارجها وكسور مشتركة .

اما مدرسة دالبه فتقسمها الى كسور عنقية مدورية - (Cervico - Trochantérienne) وهي المناسبة للكسور الخارجة عن المحافظة . وكسور عنقية حقيقية تقسم بدورها الى كسور ما تحت الرأس اي عبرها خط الكسر تحت الرأس . والى كسور خلال العنق . ومشابهة هذين النوعين احدهما للاخر كثيرة نظراً الى كثرة حدوث الفواصل الكاذبة فيها .

اذن الآراء مجمعة على وجود ثلاثة انواع لا بد من الاعتراف بها لانها تمتاز باعراضها السريرية ومعالجتها . ولأن الفواصل الكاذبة هي اقل حدوثاً وخطراً في الكسور خلال للعنق (Transcervicales) منها في كسور ما تحت الرأس (Souscapitales)

وتكثر كسور العنق الحقيقية في الكحول والاحداث بيد ان الكسور العنقية المدورية تكثر في الشيوخ .

واذا اردتم ان يكون رسم العنق واضحاً وان تظهر جميع نقاطه يجب ان يكون محراق الانبوب حسب قطر رأس الفخذ العمودي وان تكون القدم مدبرة الى الاتسي الدائرة بالثمة اقصى حددا .

واذا كان التصوير ضرورياً دائماً فلا تظنوا ان تأكيد التشخيص ممكن في كل حين ولو كانت الرسم متقناً . فتي وقع شك يجب ان ترسم الفخذان في الموضع نفسها ويقابل رسم الفخذ الاولى برسم الثانية .

اما من جهة السير فيظهر ان الاندمال يسهل كلما كانت المقطعة العليا اطول . وبعبارة اخرى يكون الخوف من حصول المفصل للكاذب كبيراً كلما كان خط الكسر قريباً من الرأس والعكس بالعكس .

ولعل تصنيف درجات الانذار من حيث الشدة والخفة مبني على اختلاف درجة تغذية الناحية وارتوائها بالدم فاذا كان اندمال القطعة العليا متى كانت طويلة اسهل من اندمالها متى كانت قصيرة فما ذلك إلا لأن تغذيتها في الحالة الاولى احسن مما هي عليه في الحالة الثانية لأنها في هذه الحالة الاخيرة لا تتغذى الا بواسطة الرباط المدور .

اما من الوجهة السريرية فيقول باسه ان المفصل الكاذب معناه ضياع الوظيفة ضياعاً يكاد يكون تاماً بالنظر الى الآلام الحادة التي يشعر بها المريض في وركه متى جرب ان يسند عضوه على الارض ولا سيما متى حاول المشي . فالغاية من المعالجة اذن تقوم باجتناّب المفصل الكاذب او باشغائه اذا كان موجوداً . وهذا الضفت (Complication) فلما يحدث في الكهول ولا سيما في الاولاد ولكنه كثير الحدوث في الشيوخ . ويجب عدا هذه الغاية الاولى الاساسية وهي اندمال العظم :

١- العمل على اجتناب الاضغاث التي تهدد الحياة او صحة المصاب كتبغ الرئة (Congestion Pulm.) والحشكر يشات الاضطجاعية والتهابات الوريد وغير ذلك .

٢- تقصير زمن اندمال العظم ما امكن اجتناباً لهذه الاضغاث دون الوقوع في الاغراق لان السماح للمريض بالمشي الباكر اي قبل اندمال العظم اندمالاً حسناً معناه تعريض المريض للمفصل الكاذب وللانحرافات الثنائية .

٣- الحصول على اندمال العظم في وضعة حسنة وهنا بيت القصيد

الذي دار عليه الجدل العنيف :

ففي الكسور العنقية الحقيقية لا تتداخل القطعتان احدهما في الاخرى
غير انه اذا كان الرد ليس مستصباً في الغالب بإدارة العضو الى الانسي
وتبعيده بعد شد القدم فان تثبت هذا الوضع مستصعب .

و يدعي البعض ان خير الوسائط في تثبت هذا الرد انما هو الجهاز
الجبسي ويعتقد البعض الآخر ان ضمن واسطة لذلك انما هي التسمير
(Enchevillage) وتكون القطعتان في الكسور الواقعة تحت الرأس
مباشرة متداخلة احدهما في الاخرى تداخلاً يكون قاعدة مطردة في هذه
الكسور . وهذا التداخل حسن لأنه يساعد على الاندمال . غير انه
من جهة ثانية مضر لانه اداة من ادوات الاندمال المغيب - فهل يجب
ان نبقى على هذا التداخل أملاً بالحصول الاكيد على دشبذ (Cal) ام هل
يترتب علينا ان نزيل هذا التداخل فنعرض العظم للمفصل الكاذب ؟
ان كفة الرد ترجح اليوم على كفة ابقاء التداخل وللجراح ان يختار
الطريقة بحسب الحالات فلو كان المكسور شبيحاً او مفتوهاً او ضعيف
البنية يفضل تركه وشأنه دون ان يفك تداخله ويرد لأن ما يرجى
في هذه الحالات انما الحصول على دشبذ ولو كان معيباً والتخلص من
المفصل الكاذب .

ويمحق لنا الآن بعد ان ألقينا نظرة عامة على الكسور ان نصف هذه
الطرق المختلفة .

١ - المعالجة بالتجبير :

يجب ان تؤخذ فيها الاحتياطات الآتية : ان يكون سطح السرير من الخشب

وان تكون الاخشاب مطابقة كل المطابقة لمساحة ذلك السطح وان يوضع على الاخشاب فراش رقيق للغاية على قدر ما يتمكن المريض من تحمله .
وبعد اخذ هذه الاحتياطات يختار الجراح إحدى هذه الطرق :

أ — طريقة لوقا شامبيونار :

التجريك الباكر : يوضع المريض على فراشه بضعة ايام في اثناءها يصنع التمديد حسب طريقة (تي و) وتعلق بطرفه السفلي اثقال خفيفة تخفيفاً للألم . ثم يبدأ بعدها باجراء بعض الحركات المنفعلة دون ان ننشأ منها آلام شديدة . وبعد قليل من الايام يبدأ المريض نفسه باجراء هذه الحركات ويسمح له بالوقوف ما بين اليومين العاشر والخامس عشر مستنداً على عكازيه .

ان هذه المعالجة هي طريقة اضطرارية يعالج بها الشيوخ على ان يكون المريض قادراً على استعمال العكازين . واما متى لم يكن معرضاً للاضغاث الرئوية فيلجأ الى طريقة خلاف هذه .

ب — التمديد المتواصل :

عوضاً عن ان يسمح للمريض بالوقوف بعد بضعة ايام يمدد طرفه تمديداً متواصلًا عدة اسابيع . ويعمل على فك التداخل بالاثقال المختلفة الوزن التي تعلق بالقدم (ما بين ١٥ — ٢٥ كيلو) وذلك حسب الحاجة او قوة عضلات الشخص ومنه وتحمله ويدار الطرف في هذه الحالة الى الانسي وبعد من الخط المتوسط .

وان اهم اعتراض يوجه الى هذه الطريقة اي التمديد المتواصل

حسب طريقة (نيو) انما هو صعوبة مراقبتها والضرورة الى الانتباه اليها في كل وقت . فان التمديد ووضع الطرف وتضاد التمديد نفسه لايسهل الثبات عليها لأنها تستدعي وقتاً طويلاً ولأن الوضعة تبدل بسهولة بدلاً سيئاً والربط اللاصقة تنفك .

وحسنة هذه الطريقة وافضليتها على الجهاز الجبسي تقوم بإمكان التمسيد ونظيف الجسد واصلاح اتجاه القطعتين العظيمتين اذا تبدلتا .
ويموزان تستخدم في طريقة التمديد المتواصل جميع الاجهزة التي استبطلت واستعملت في اثناء الحرب العامة .
ج - الاجهزة الجبسية :

يجب ان تعالج كسور عنق الفخذ كما تعالج الكسور كافة بالرد الحسن وبتثبيت ذلك الرد . ويظهر ان طريقة (ويتان) هي في اكثر الحالات خير الطرق التجيرية التي لا تستعمل بها الجراحة .

فهي تجمع بين التمديد والتثبيت غير ان الجبس مهما كان صناعه منقناً لا يثبت تثبيتاً أكيداً الطرف المكسور في الوضعة الحسنة التي اكتسبها بعد الرد . ولهذا جعل (ويتان) الطرف السفلي في وضعة تضمن لذلك الرد بالثبات . فهو يدير الطرف الى الانسي لكي يخلق الزاوية المنفرجة المتكونة بين سطحي قطعتي الكسر . وبعده حتى الدرجة ٤٥-٥٥ املاً بالحصول على هاتين النتيجةين وهما اولاً : جعل القطعة السفلى في اتجاه القطعة العليا . ثانياً لا اكتساب نقطة استناد تمنع القطعة السفلى من العلو . وهذه النقطة تحصل من مماسة القطعة الوحشية لحافة الجوف الحرقفي . فصنع

الجهاز بهذه الوضعة يثبت الرد في حالته الحسنة ويخفف دور المراقبة .
 طرز العمل :

يخدر المريض ليزول الألم وتسترخي العضلات ثم يوضع على رافع الحوض (Pelvi Support) والاحسن ان يوضع على منضدة التجبير .
 ويضبط معاونان ساقيه ويشدانها كل من جهة شداً متعادلاً . وفي هذه الاثناء يرفع الجراح الفخذ ويضغط ناحية الكسر ضغطاً موافقاً ليسهل رد الكسر وعودة القطعتين الى مفرهما . ثم يبعد الطرفان السفليان عن الخط المتوسط تبعيداً متعادلاً بالفا أقصى حده مع المثابرة على مدهما كما اسلفنا .
 ومتى بلغ التبعيد الدرجة ٤٥ ، يلامس حينئذ عنق الفخذ حافة الجوف الحرقفي . ثم يقاس الطرفان ليعلم ما اذا كان رد الكسر قد كان تاماً وحسناً .
 وتطبق لفافة سنبلية (Spica) جبسية على الطرف السفلي فنثبته في وضعتي التمديد والتبعيد الكاملين وفي حالة الدوران الى الانسي . ومتى جف الجبس ينقل المريض الى فراشه ويرفع رأسه على مسادات عالية اجتناباً للتبغ الرئوي ويدر تارة الى اليمين وطوراً الى اليسار وآونة على بطنه تحاشياً للخشكريشات ويجوز ان يوضع في الهواء الطلق ليستفيد من استنشاقه .

ويبقى هذا الجهاز الجبسي على الطرف ثمانية اسابيع الى ١٢ اسبوعاً .
 ويجب ان يظل المريض في فراشه عدة اسابيع بعد نزعه لكي تفسد عضلاته وتستعيد قوتها ويستعيد هو حر كات طرفه السفلي .
 ويعتقد (ويتان) ان كسر الفخذ الحقيقي يستدعي معالجة لا تقل

عن سنة كاملة ربثاً يستعيد العضو وظيفته الفسيولوجية .
وقد اشار (جوده) في فرنسة بإشراك التباعد والدوران الى الالسي
بالعطف الذي من شأنه ان يمكن المريض من الجلوس .
وتمت الاحصاءات التي أعلنت ان الاندمال بالتجبير ممكن كل
الامكان حتى في كسور ما ضمن المحافظة على ان يبقى الجرحى مثبتين
ممدقطينة .

وان هذه الطريقة منافية كما لا يخفى كل المناقاة لطريقة لوقاشامبيونار
ويجب ان ينظر فيها ايضاً الى حالة الجريح ودرجة تحمله لما قبل استعمالها .

٢- المعالجة الجراحية لكسور العنق الحديثة العهد

أ- طريقة دالبه : تقوم بإدخال لولب (Vis) قطره سبعة ملمترات
وطوله ٧-٩ سنتمترات خلال القسم الوحشي للفقذ حتى مركز الرأس
وذلك بعد الرد وبدون فتح المفصل . ويجب ان يدخل هذا اللولب نقطة
تناسب محور العنق وان يدفع نحو مركز الرأس مائلاً عن الخط الاقي بما
يعادل الدرجة ١٢ فيصل اذ ذلك حتى مركز الرأس ويتحقق وصوله
اليه في اليوم الثاني بالاشعة المجهولة .

وتستدعي هذه الطريقة آلات خاصة وجهاز مرشد (Appareil guide)
استنبطها دالبه .

المفاصل الكاذبة : متى كان المفصل الكاذب موجوداً مانعاً للطرف
عن اجراء وظيفته اجراءً موافقاً يستعمل دالبه التطعيم بعظم الشظية دون

سواها فيدخل الطعم نفقاً يحترقه في العظم بالآلة الخاصة كما ادخل لولبه في العنق والرأس .

ويجوز ان تثبت القطعتان أولاً بلولب ثم يوضع تحتة او فوقه الطعم الشظوي . وقد أدخلت تعديلات كثيرة على طريقة دالبه هذه إلا ان المبدأ لا يزال واحداً .

الاعتناء بعد العملية : ان دالبه من حماة مبدأ المشي الباكر . وهو يطبق على الطرف اكثر الاحيان جهاز المشي الذي يضمن تمديد الطرف المستمر .

ويفضل البعض اجتناباً للتكوم (Tassement) المقل ان تثبت الطرف بعد التسمير بجهاز جبسي ولا يسمحوا للمريض بالاستناد على طرفه المكسور قبل الشهر الرابع او الشهر السادس .
خير لنا ان يترك الدشبذ يتكون من ان نسهل التكوم الثنائي بالضغط الباكر الذي تولده الحركات والمشي لان هذا التكوم يكاد يكون اجتنابه التام مستحيلاً على الرغم من شدة الاعتناء .

ومتى كانت المفاصل الكاذبة موجودة او متى كانت الكسور حديثة يجب ان تثبت ثلاثة اشهر في جهاز جبسي وألاً يسمح بالمشي والاستناد على الطرف الا في الشهر الرابع او الشهر السادس هذا مع الانتباه الشديد لان الطعم قد يكسر اذا أجريت الحركات قبل اوانها .

ان النتائج الحسنة قليلة بالنسبة الى المعدل المثوي فان سن المريض وحالة القطع العظمية وارتواءهما السي بالدم كل هذا بين لنا ان نرسم

العظم ترجماً تاماً نادر . ولا وجه للشبه ما بين نتائج التجبير الجراحي في الكسور العادية وبينها في كسور العنق ولهذا يجب ان نكتفي بالقليل .

الاستنتاجات : ١- يترتب علينا قبل ان نختار طريقة العمل والمعالجة

ان نعلم ما اذا كان المصاب يقوى على الحياة . فقد ظهر ان تجربة معالجة فعالة بعد بلوغ المريض درجة معينة من العمر وفي بعض الحالات الطبيعية الخاصة لا تفيد اقل فائدة لان المريض سيقضى عليه بعد بضعة ايام

٢- اذا ثبت ان الحياة ليست مهددة بالخطر فهل يقوى ذلك المكسور

على صنع دشبذ حسن ؟ ان المعالجة بالرسم الشعاعي وحدها تمكننا من الاجابة عن هذا السؤال وذلك بملاحظة الفرق بين شغوف العظم وكثافته في تلك النقاط . فاذا دلت هذه المعالجة على سوء حالة العظم ^(١) (Ossification) وجب الاقلاع عن كل معالجة جراحية عنيفة والاكتفاء باختيار هاتين الطريقتين إما التحريك الباكر او ميزابة بونه الكبيرة .

٣- اما في المرضى الاقوياء فتصنع طرق التجبير او طرق الجراحة .

فتعالج بالتجبير الكسور الضخمية المدورية او الكسور الواقعة عند قاعدة العنق او ما كانت تدعى كسور ما خارج المحافظة لأن اندماها يكاد يكون قاعدة مطردة . ويفضل فك التداخل فيها اولاً واصلاح الوضع الا في بعض الطاعنين سيفي السن الذين يفضل ان يترك تداخلهم وشأنه . ولا يسمح

(١) لم ترَ مندوحة عن اشتقاق فعل من كلمة عظم (os) للدلالة على صيرورة

النسيج عظماً ومن قولنا نعظم النسيج اذا صار عظماً كما اشتق القدماء فعلاً من (حجر) فقالوا فحجر .

بالمشي قبل مرور ستة اشهر على المعالجة .

واما الكسور العنقية الحقيقية ففيها طريقان : طريقة التثبيت بالجبس حسب طرز ويتان وطريقة المعالجة الجراحية اي التسمير حسب طرز دالبه .
فاذا أشرك التثبيت الجبسي بالتسمير وأخر المشي يكون قد توفرت للمريض كل الاسباب التي تسهل له الشفاء .

واما المفاصل الكاذبة فان بعضها كمفاصل العنق الكاذبة التي يكون الدشبذ فيها ليفياً ومشدوداً بعض الشد تمكن صاحبها من استخدام عضوه استخداماً كافياً . غير ان هذه المفاصل الكاذبة التي لا تؤلم والتي تمكن صاحبها من الوظيفة نادرة . فاذا تألم المريض واذا لم يتمكن من المشي بدون تعب او اذا كان مقعداً وجبت العملية الجراحية .

ولست غاية هذه العملية تطويل الطرف واجتناب قصره . وانما الحصول على دشبذ قوي . والعلم المأخوذ من الشظية قد يؤدي الى توليد هذا الدشبذ العظمي .

هذه هي القواعد التي يسير عليها الجراحون اليوم في معالجة كسور عنق الفخذ وانا نجد حتى الآن ان البيئة وبعض الشروط تضطربنا هننا الى الاكتفاء بالتجبير .



حياة لايناك (Laennec)

مقتطفة من المجلات الفرنسية بقلم الحكيم مرشد خاطر



لا يسعنا ان نرى النوادي الطبية في فرنسا وبغض انحاء العالم تقيم الاحتفالات لذكرى مرور مائة سنة على موت النابغة لايناك دون ان نذكر شيئاً عن حياة رجل خدم الطب الخدمة الجليلة وقضى نحيبه ضحية اختبارات وفتناته . وان تدوين لمحة مختصرة عن حياة ذلك العبقري القصيرة المملوءة بالنشاط والاعمال الباهرة في مجلتنا نعدّه واجباً يقضي علينا به العلم نحو من أنار الطب بكشوفه كما أنار باستور الكبير الجراحة بكشفه القناع عن غوامض العالم الجرثومي الخفي .

...

ولد تيوفيل لايناك في مكر من اعمال بريطانيا الفرنسية في السابع عشر من شهر شباط سنة ١٧٨١ فشرع عمه الكاهن بتلقيه مبادئ اللغة اللاتينية وغرس العقائد الدينية فيه منذ صغره وقد ظل محافظاً على تلك العقائد اشد الحفاظ حتى نهاية حياته .

ولما بلغ لايناك السنة الثامنة من عمره احتضنه عمه الثاني وكان رئيس اطباء مستشفى نانت ويمارس الطب في تلك المدينة فعني بتهديبه واكمال دروسه الثانوية .

وقد حبب عم لايناك الطب إليه وغرس فيه روح الميل الى هذا الفن حتى انه لم يتردد بعد انتهاء دروسه في اختيار هذا المسلك . فأقام سنتين قرب عمه الذي لقنه مبادئ الطب الاولى ودعاه الى المشاركة على العيادات في المستشفى الذي كان يرأسه .

وفي سنة ١٧٩٩ انخرط هذا الطالب الفتى في جيش الغرب كجراح من الدرجة الثالثة ثم رقي الى رتبة ضابط صحي من الدرجة الثانية . وبعد انتهاء الحملة العسكرية التي لم يطل امرها اكثر من بضعة اشهر استدعاه عمه الطبيب الى باريس واوعز اليه باتباع الدروس في مدرسة الطب التي كان يديرها اوغستين ثوره .

وقد اشعر لايناك منذ ذلك الحين بلذة في تعلمه لذلك الفن ولاحظ اسانذته وجميع من حوله فيه نشاطاً ومثابة وطبعاً رزينا وذهناً متوقفاً فنال في السنة الاولى الجائزتين الاولتين في الطب والجراحة من تلك المدرسة التي انخرط في سلك تلامذتها .

وكانت قد شيدت مدرسة للطب جديدة في ذلك العصر أسسها فيليب بينال فنالت شهرة فائقة واقبل عليها الطلبة من كل صوب غير ان لايناك الذي كان يسترشد بنصائح صديقه غسبار بايل كان يتردد على مستشفى الشفقة مستمعاً فيه دروس كورفيزار والكسي بويه وكان كورفيزار موضوع اعجابه وقد علمه القرع الذي كشفه سنة ١٧٦١ اونبروغر ثم نشره في فرنسا واثقنه هذا العلامة الكبير .

وفي غرة القرن التاسع عشر بدأ ييشه — بالقاء دروسه التشريرية

المرضية فدرسها لايناك عليه بكل جد ونشاط وتلقى بعض الدروس على ديبتران أيضاً لانه كان اقدم منه عهداً في درس الطب . و يروى عن ديبتران انه كان يغتصب اعمال تلاميذه وينسبها اليه الامر الذي اوقع الخلاف بينه وبين لايناك .

وقد بدأ لايناك بالظهور وهو لا يزال تلميذاً اذ نشر سيفه جريدة كورفيزار ولارو وبويه عدداً من المقالات المهمة ومنها وصفه لالتهاب الخلب (البريطون) والمحفظة الليفية للكبد والغشاء الباطن لبطينات الدماغ وفي سنة ١٨٠٤ وضع اطروحته عن أصول المشاهدات حسب طريقة ابقراط وكانت تلك الاطروحة صدى التعاليم التي تلقاها على عمه غليوم واستاذ كورفيزار .

وكان لايناك اذ ذاك في الثالثة والعشرين من عمره وكان المستقبل امامه لامعاً فقرر ان يسكن باريس لكي يكمل اعماله وينجز كتابه المطول "عن التشریح المرضي الذي كان يحلم بوضعه كل ايامه دون ان يرى سبيلاً لا لنجازه . فبدأ بالقاء دروس في التشریح المرضي وبكتابة مقالات في جريدة كورفيزار اولاً ثم في « قاموس الطب » لكي يكسب ما يحتاج اليه من المال .

وبعد انتهاء الثورة الفرنسية كانت قد تألفت جمعيات طبية عديدة في باريس ومنها « جمعية المتافسة الطبية » التي أسسها سنة ١٧٩٦ اليبرت ويشه وكان الى جانب هذه الجمعية جمعية اخرى رسمية وهي النواة التي نبت منها في المستقبل مجمع الطب الملكي وكانت تسمى « جمعية مدرسة

الطب» وقد أسست هذه الجمعية بقرار سام في ٣٠ آب سنة ١٨٠٠ وكان
اعضاؤها في البدء اساتذة مدرسة الطب في باريس وعددهم ٢٧ وخمسة
عشر عضواً مشتركين ينتخبهم هؤلاء الاساتذة فانتخب لايناك عضواً
في هذه الجمعية وانتخب معه في الوقت نفسه صديقه بايل .

فنشر في «مذكرات هذه الجمعية» سنة ١٨٠٥ مذكرة شهيرة عن
الديدان الكيسية يبين بها ان الكيس المائي (Hydatides) الذي كان
يعده الجميع حتى ذلك التاريخ كيساً عادياً ناشئاً من النسيج الخلوي هو
كيس مسبب عن دودة كيسية سماها الدودة الكيسية العديمة الرأس
(Acéphalocyte) ثم تابع اعماله وتقصيه فوصف نوعاً جديداً من الفتوق
وبيّن علاقة الورم النظير الدماغى (Encephaloide) وداء الاسوداد
(Mélanoze) بالسرطان وبيّن وحدة السلس ثم وصف بعدئذ تشمع
الكبد الضموري الذي سمي باسمه .

وفي سنة ١٨١٦ سمي طبيباً لمستشفى (نكر) وفي سنة ١٨٢٢ عين
طبيب الدوقه بارتي واستاذاً في «مدرسة فرنسة» مكان هاله . وفي سنة
١٨٢٣ انتخب عضواً في المجمع الطبي الملكي وعين في السنة نفسها استاذاً
للسريريات الباطنة بالاشتراك مع ركاميه ولاندره بوفه وكابول في المعهد
الطبي الجديد الذي أُعيد تأسيسه بعد الاضطرابات التي حدثت في حقبة
افتتاحه قبل سنة . فترك لايناك مستشفى نكر وبدأ بالتعليم في مستشفى الشفقة .
ولم تكن الألقاب التي وجهت اليه ولا الوظائف العديدة التي أسندت
اليه السبب في شهرته وانتشار اسمه وإنما مهارته وعلومه الغزيرة هي التي

اكسبته تلك الشهرة عن استحقاق وجدارة وقد بدأت شهرته بعد كشفه
للاصغاء (Auscultation) .

وكان لايناك وهو الخبير البارع في التشريح المرضي والمعلم الكبير
في السريريّات يقابل دائماً بين الاعراض السريرية التي يراها على الاحياء
والتبدلات التشريحية المرضية التي كانت سبب تلك الاعراض وذلك
بعد فتح جثث الموتى . فهو ولا مشاحة مؤسس الطريقة التشريحية المرضية
السريرية التي يعزى اليها اليوم تقدم الطب ورقبه . ولم يكن يحل
ان الآفة التشريحية ليست كل المرض ولكن الداء يقوم ايضاً باختلال
الوظائف العضوية .

غير ان ماجندي كان في بدء اختباره في ذلك العصر ولم يكن علم
الحلقة (الفسيولوجيا) قد ارتقى حتى يتمكن الطب من الاستناد عليه .
وكان لايناك يفكر منذ سمي طبيباً لمستشفى نكر في وجود علاقة بين
الآفات التشريحية المرضية في الرئتين والقلب والاعراض السريرية التي
كانت تنتج عن تلك الآفات . غير ان تعاليد ذلك العصر واحترام الطبيب
للمريض كانت تمنع الطبيب ولا سيما لايناك المشهور برزاقته عن ان يضع
اذنه مباشرة على صدر المريض لاستماع قلبه او رئتيه .

وقد دعي سنة ١٨١٦ لعيادة مريضة فتية كانت مصابة باعراض
عامة تدل على ان القلب سببها . ولم يكن وضع اليد على الصدر والقرع
كافين لاعطاء معلومات واضحة عن نوع المرض لانها كانت سمينة جداً
وكان سنّها وجنسها يمنعان عن القيام بفحوص اخرى .

فأمر في امره وتم على تلك العادات التي كانت تعوق الطب عن التقدم وبينما كان يوماً ماراً في باحة قصر اللوفر ذاهباً الى المستشفى وهذا الفكر لا يفارقه أبصر اولاداً يلعبون واستوقفه منهم امر اوحى اليه فكراً جديداً وهو انهم كانوا يضعون آذانهم على احد طرفي عمود خشبي ملقى على الارض يصنعون الى القرع الخفيف الذي كان يقرعه بعضهم على طرف العمود الآخر .

فلم يكذب يصل الى المستشفى حتى فكّر في ايجاد واسطة يضعها بين اذنه وصدر المريض يصني بها الى اصوات قلبه وورثته فلف دقت العيادات لفاً مشدوداً ووضع احد طرفيه على اذنه وطبق الطرف الآخر على صدر المريض فعجب كل العجب لساعه دقات القلب بوضوح شديد وسرّ بهذا كل السرور فعدت تلك الدقيقة الوقت الذي كشف به الاصغاء المقصود (Directe) والسماع (Stethoscope) .

وبعد ان استخدم لايناك ملفاً من الورق التخين ملصوقاً بالصمغ مدة من الزمن صنع هو نفسه اسطوانة من خشب مثقوبة طولها $1\frac{1}{2}$ سنتيمتراً وقطرها اربعة سنتيمترات مكلف دقت العيادات نفسه ثم اوعز بصنع نظيرها غير انه وجد ان هذه الآلة كانت ثقيلة ومزعجة فقسمها قسمين وجعل في كل منهما محوًى (برغي) يوصل احدهما بالآخر ثم صنع اسطوانات متعددة من اخشاب متنوعة ومواد اخرى غير انه تحقق ان الخشب هو احسن موصل للصوت .

ليس كشف المسمع وحده السبب في نبوغ لايناك وعبريته وانما

النتائج التي استخلصها من استنباط تلك الآلة واستعمالها فقد وصف وصفاً دقيقاً عجيباً الاعراض الشخصية التي تنصف بها التهابات الشعب وذوات الجنب وانصبابات الهواء الجنبية (Pneumothorax) وذوات الرئة والسكته الرئوية وانتفاخ الرئة (Emphyseme) وغفر بنا الرئة وتوسع الشعب وصل الرئة .

وقد مكنته معارفه التشريحية المرضية من ان يعلن سنة ١٨١٩ اي بعد ١٨ شهراً فقط من ممارسته للاصفاء مؤلفه المطول المسمى (الاصفاء المقصود) او (تشخيص امراض الرئة والقلب المبني على الاصفاء) ثم اعاد طبع مؤلفه هذا بعد ان اضاف اليه اشياء كثيرة سنة ١٨٢٦ ومما « مطول في الاصفاء المقصود وامراض الرئة والقلب » .

و كانت صحته قد انحرفت منذ مدة طويلة لأنه في شهر كانون الاول سنة ١٨٠٣ أصيب بعقيدة تشريحية في مباته اليسرى بعد ان جرحت بمشار كان قد تلوث بفقرار مسلوقة كان ينشرها وكان قد شفي منها بعد ان ضمدها مرتين بزيادة الانثيمون . غير ان تلك العقيدة لم تكن الا باباً دخل به السل الرئة ففتك بهذا العلامة الكبير الذي كشف الكثير من امراضه .

وقد اضطر سنة ١٨١٩ الى ترك باريس بسبب رداءة صحته والى الانزواء في املاكه في بريطانيا فاستعاد عافيته سنة ١٩٢١ وعاد الى مزاولة اعماله . غير ان اعداد مؤلفه الثاني في شهر ايار سنة ١٨٢٦ اضيقه فعاوده

مرضه بشدة فعزم على ترك باريس ثانية والرجوع الى املاكه في بريطانيا متأملاً ان الراحة وهواء البحر كافيان لشفاء السل الذي كان مصاباً به غير ان كل ذلك لم يجد نفعاً فمات في عزله في ١٣ آب سنة ١٩٢٦ ولم يبلغ من العمر الا ٤٥ سنة .

غير ان الموت الذي قصف ذلك النفس الضعيف وحرم الطب نفعه العميم راجعاً في اطفاله جذوة ذلك الذكاء المتأجج لم يمت اعماله الباهرة وكشوفه المفيدة التي لا يزال الطب مديناً لها ولكنه اعلاه فطار صيته في الآفاق واننا نرى في الاحتفالات التي اشتهرت بها اعظم رجال فرنسا نكراماً لهذا العبقرى اكبر دليل على خلود المرء بعلمه وآدابه لا بماله ونسبه .



خطة العمل الواجب اتباعها

في الولادة الطبيعية

« ٣ »

« دزوس اقتطفها من بعض المحاضرات في مستشفى
تارنيه الحكيم الاستاذ لومر كل ونقلها الى الربيية
الحكيم الاستاذ شوكة موفق الشطي »

يستعمل اليوم ملقط الجنين في كثير من الحالات وقد اخترعت هذه
الآلة ليجرى تطبيقها على الذروة بالدرجة الأولى وهذا حسن وسهل وعلى
الوجه والجبهة بصورة تالية وهذا عسر وتعب واما تطبيق ملقط الجنين على
المقعد فنادر جداً

الشروط التي يتطلبها تطبيق ملقط الجنين

يشترط ان يكون التناسب كافياً بين الاعتلان والحوض وان تكون
الاعشبة منشقة وعنق الرحم منسجماً اتساعاً كافياً وان يكون الرأس ثابتاً غير
متحرك اذ لا يجوز تطبيق ملقط الجنين قبل وقوع التداخل . (ويرجع
في هذه الحالة ثقليل الجنين) ويشترط كذلك ان يكون الولد حياً واما اذا
كان ميتاً فتقطيعه افضل

استطبابات استعمال ملقط الجنين

يستعمل ملقط الجنين متى طرأ خطر على حياة الجنين وعلى حياة الوالدة .

١ - الاستطبابات الجنينية - انسداد السرر ، التفاف هذا الجبل حول العنق ، اضطراب دقات قلب الجنين ، انقذاف العقي (Meconium) وقد يخرج العقي من جراء ضجر موقت لذلك لا تكفي هذه الحادثة وحدها لتحملنا على استعمال ملقط الجنين الا اذا اضطربت دقات قلب الجنين ايضاً .
ان ضعف ضربات قلب الجنين فجأة يدل على التفاف السرر حول العنق

٢ - الاستطبابات من جهة الوالدة وحالتها العامة ، التشنج النفاسي ، النزف التناسلي الخطر ، احد الامراض الهامة التي تميث الوالدة كأعراض القلب والسل الرئوي او تدغوى التوسطات الجراحية ، او تعب الوالدة .
يخرج الجنين في هذه الحالة متى كان التوسع كافياً .

٣ - استطباب استعمال ملقط الجنين في الصعوبات الولادية :

أ - الصعوبات الناتجة من العضلة الرحمية وذلك متى اختل الطلق وفترت الرحم ولا بأس في استعمال جوهر الغده النخامية المؤثر لأن هذه المادة تنبه الرحم وتفعّل فعل ملقط الجنين من حيث النتيجة التي هي خروج الولد

ب - الصعوبات الناجمة من الحوض العظمي يشترط في هذه الحالة ان يكون الجنين متداخلاً والّا يكون ضيق الحوض زائداً ولعل ان استعمال ملقط الجنين في المضيق العلوي هو عبارة عن تقطيع الجنين اذ يموت الولد غالباً بسبب نزف يحدث في مخاياه

واما اذا كانت عسرة الولادة مسببة عن المضيق السفلي كما هو الحال في المحدوبات (Cyphotiques) فلا مانع من استعمال ملقط الجنين .

وليعلم ان رفع الفخذين يساعد على توسيع المضيق السفلي وخفضهما يدعو الى توسيع المضيق العلوي .
فيجب والحالة هذه رفع الفخذين متى كان المضيق السفلي هو السبب في صعوبة الولادة .

ج - الصعوبات الناجمة من لين الحوض : اهمها مقاومة العجان لتغلب على هذه المقاومة يشق الفرج ويقص ويستعمل ملقط الجنين اذا كانت المقاومة زائدة .

د - عسرة الولادة الناجمة من وهن الاعضاء البطنية ويصادف ذلك في الولادات .

هـ - الصعوبة الناجمة من ضخامة جميع اجزاء الجنين او بعضها يجوز ذلك الان ازدياد حجم الجنين ازدياداً كبيراً هو بوجه الاجمال امر نادر وان النساء اللواتي يلدن اطفالاً ضخمة ابدانهم تكون احواضهن ضخمة واما اذا كان فرط الازدياد في الحجم قسماً كما هو الحال في استسقاء الرأس فقل ان يكفي الملقط ولا بد من ثقب الرأس في هذه الحالة .

و - الصعوبات الناجمة من عدم انتظام احد ازمة الولادة : اهمها عدم دوران الرأس الى الامام فاذا تحقق ان الوضعة الخلفية لم تنقلب معترضة وان المعترضة لم تتحول امامية وجب التوسط لتحويل الوضعة من قفوية عجزية او قفوية معترضة الى قفوية عانية واذا لوحظ ان دوران الرأس الى الامام متعذر كان شق الفرج واخراج الجنين وهو في الوضعة الخلفية مفضلاً .

خلاصة استطبائات ملقط الجنين

الملقط الجنين استطبائات

في الخطر على حياة الجنين

في الخطر على حياة الوالدة

في ثقب الوالدة

في انبساط الرأس

في بعض صعوبات الولادة

معالجة حمى النفاس

نقسم هذه المداواة قسمين - المداواة الوقاية والمداواة الشافية

المداواة الوقاية - تقوم باستعمال القفاز والاصابع القفازية وبتطهير

الجلد والامتناع عن اجراء حقن مهبلية وبالتخليص الكامل والاستقصاء

في باطن الرحم اذا اشتبه بانجاس بعض اجزاء السخذ .

المداواة الشافية = اذا ارتفعت الحرارة للدرجة ٣٨ بعد انقضاء

يومين على الولادة يوضع الجليد على بطن المريضة وتجري لها حقن مهبلية

حارة لغسل المفرزات النفاسية التتة على انه لا بد من التنبه الي ان حمى

النفاس مرض يسير الى الشفاء من تلقاء نفسه

الوسائل الواجب اجتنابها - لقد جرب البعض استئصال الرحم في

معالجة حمى النفاس جريا على القاعدة التي تسوغ استئصال الرحم عقيب

الاجهاض المحتلط بحمى النفاس ايضاً . الا ان النتائج هنا كانت مينة

وسبب ذلك هو رقة جدران الرحم بعد الولادة الأمر الذي يساعد

الجراثيم على اجتيازها منذ بدء الاثنان الرحمي وعليه فليس ثمة فائدة من اجراء هذه العملية لأن عوامل الاثنان تكون قد تخطت العضلة الرحمية منذ عهد بعيد وعدا ذلك فان هذه العملية صعبة جداً

هل يجوز اجراء التجريف ؟ كلا . اذا تبقنا ان جوف الرحم فارغ واما اذا دعي الطبيب بعد الولادة فيجب عليه ان يستقصي في باطن الرحم على ان تكون المدة لم تتجاوز خمسة ايام ويستقصي في باطن الرحم بالاصبع لا بالمجرفة وذلك بعد ان تخدر المريضة تخديراً عاماً .

واما اذا انقضت على الولادة ثمانية ايام حتى خمسة عشر يوماً فلا يجوز ان يتحرى باطن الرحم بالاصبع الا اذا كانت النفساء مصابة بنزف غزير المسح (Ecouvillonnage) لم يعد يستعمل هذه العملية غير قدماء الاطباء .

تخفيض الرحم (Drainage) استعمال هذه الطريقة نادر جداً الا في التواء الرحم وانعطافها الى الامام .

طريقة الحقن المستمر ؟ - لم يبق من يقول باستعمال هذه الطريقة بين الاختصاصيين

كيس الجليد ؟ يمنع الالتواء والانعطاف الامامي بفضل ثقل وزنه ولذا فقد ينفع في بعض الأحيان

الحقن بمحلول دكان ؟ - لم تعد هذه الطريقة مستعملة وقد استغنى عنها موجدوها

حقن باطن الرحم ؟ - اهتمت هذه الطريقة • وصفوة القول انه لا يجوز مس الرحم متى كانت خاوية خالية
 المداواة العامة - استعملت المعادن الفروية وكان نصيبها الفشل
 وهكذا الحال في الحقن بالاوروتروين

والأفضل من كل ما تقدم تغذية المريضة وتحريرها المواد المبيدرة
 ومضادات الفساد البولية وانعاش قلبها بالادوية المقوية للقلب
 اميا طريقة الجراح الاصطناعي فيرفضها فريق من الاختصاصيين
 ويستعملها فريق آخر غيرهم وقد جرب العادة في مريضات تاريخه ان
 يلجأ الى اجداث الجراح الاصطناعي في الاصابة بحجي النفاس ولم يذ
 الطريقة شأن هام من وجهة الانذار واما فائدتها الشافية فلا تزال موضع
 المناقشة بين العلماء •

فاذا استعملت هذه الطريقة ولم يحصل خراج عقب الحقنة الأولى
 تجرى حقنة ثانية بعد يومين أو أربعة ايام أو خمسة
 وقد جرب ايضاً بعضهم استعمال المصول واللقاحات وطريقة المداواة
 بالدم فكانت نتيجة الحقن بالمصل المضاد للمكورات العقدية (سترابتوكوك)
 سلبية وهكذا في اللقاحات واما المداواة بالدم فقد كان لها بعض النتائج
 الحسنة وهي تقوم بحقن المصابة بمصل دم الناقحات من الحى النفاسية
 وقد لجأ البعض حديثاً الى طريقة جديدة تقوم بتضميد الرحم بحاليل
 ممددة لبعض جراثيم أخذت في الأصل من النفساء نفسها ولا يمكن الآن
 البت في نفع هذه الطريقة الجديدة بالنظر لعدم وجود احصاءات كافية

عنها تمكن المرء من الحكم لها أو عليها

التهاب الخلب النفاصي - يجب التفكير فيه للتوصل الى كشفه واما اعراضه هنا فهي عبارة عن صمم سيفي الحاصرتين لدى القرع وتسرع النبض والغثيان

المعالجة - تقوم باجراء شق جانبي وتفرغ الانصباب بعد ان تجدر المريضة تخديراً موضعياً . ونقول هنا إنه من الممكن ان تكون كمية السائل المنسكبة كثيرة وصفوة القول انه يجب مكافحة الاثنان المام بالوسائط المفيدة وبعدم اجراء توسطات لا حاجة ماسة اليها وبتوفير الزمن اللازم للنفساء وفسح المجال لظهور رد الفعل الذي يحصل في عضويتها من نفسه ثجساء الاثنان وبالاهتمام بتشخيص مواضع الآفة .



معالجة الاضغاث الورمية التالية لتعفنات

ما حول ذروة السن (Périapexien)

للحكيم جينستاي اخذ اسنانة شعبة طب الاسنان



ترجمها الحكيم مرشد خاطار

اعني بالاضغاث الورمية التصورات الجلدية التي تكون سبباً ناختية
جذور الاسنان بعد ان يلهب محيط ذروتها التهاباً متسبباً عن موثبات اللثة
الناجم من التعفن .

وهذه الاضغاث نوعان : الاورام الحبيبية (Granulômes)
واكياس جذور الاسنان . اما الفئة الاولى فهي بشرية ضامة (épithélio -
conjunctives) وتمثل الدور المبدي لهامل التفاعل . وكثيراً ما تبقى
كاثبة خفية ولا تشخص الا بعد اخراج الضرس . واما الفئة الاخرى
فهي الدرجة الثانية التي بها تغلب الاورام الحبيبية فجوات (Vacuolisation)
(وهذه نظرية الاتزفة التي اعطاها برشه ودالاته في مجلة امراض الفم
في جزء نيسان سنة ١٩٢٥) فتتكون حينئذ الاكياس التي تسمى سيرا بطيماً .
ويعرفها طبيب الاسنان الممارس متى لم يتمكن من تخفيف الغشاء السنية
وإظهارها . وكثيراً ما يبرز هذا الورم الضخم في الدهليز (Vestibule)
والرمم بالاشعة يخلو تشخيص الفئتين الاولى والثانية وذلك بابداء ضياع
مادة مختلف الحجم (كالخضعة او اللوزة) يفوق فيه جذور الضرس المصاب .

وتحصل هذه الاضغاث في جميع الاسنان غير انها اكثر وقوعاً في الضواحك (Prémolaires) العليا .

فما هي الخطة التي يترب على الطبيب اتباعها في حالات كهذه ؟
ان استئصال الورم مع قطع ذروة الجذر (حسب طريقة كلود مرتن سنة ١٨٨١) وحشو القناة السنية هما العمليتان اللتان يجب اجراؤهما املاً بالحصول على نتيجة ثابتة . غير ان الصعوبات اللمة التي تقوم امام جراح الاسنان حين اجرائه العمليات الجراحية على جذور الضواحك وقلة المحاذير في استخراج هذه الاضراس وعدم تأثيرها في هيئة الوجه الظاهرة كل هذا يدعو الى استخراج الضرس وتجرى فاحية ما حول ذروة جذره سواء ذك الجوف ام لم يدكه (Tamponnement) وذلك حسب مقتضيات الحالة . ومما يكن فان استئصال ورم موجود على ذروة الجذر الحنكي وذلك بالوصول اليه بطريق الحنك ضروري في بعض الحالات لان استخراج الاسنان الامامية ولا سيما في النساء يؤثر في منظر المرأة فان إعاقة الضرس المستخرج بضرس آخر يستدعي دقة زائدة متى لم ترض المرأة ان تظهر على قوسها السنية قطعة ذهبية . اما العملية فتجرى حينئذ على الصورة الآتية :

لنأخذ مثلاً رباعية (Incisive Latérale) عليا قد نبت عليها ورم حبيبي او كبسي وانفرض ان هذا الورم قد شخص وان حجمه يحكم الحصة وان السن مصابة بتنخر نافذ وان اللب قد تلف منذ مدة طويلة وان تورماً قد برز في الدهليز : يجب ان ننظف ونكشف القناة السنية ونوسعها

ما امكن ومنتزع منها كل ما فيها من البقايا . وهذا هو الزمن الاول من المعالجة وهو يستدعي عدة تضييدات . ومتى اصبحت القناة واضحة حق لجراح الاسنان ان يفكر حينئذ في استخراج الورم : يرفع المعاون الشفة العليا بمبعد لكي يصبح الدهليز حرّاً . وتطلى كل الناحية المجاورة والجذر المصاب بصنع البود الممدد وتخدر الناحية تخديراً موضعياً بالنوفوكاين الادرناليني الذي نسبته ٢ بالمائة على ان يتجاوز التخدير منطقة الذروة وتعرف منطقة الذروة بسهولة من اتجاه مرور يدخل في قناة السن . وبعد الانتظار بضع دقائق تقطع بموضع دقيق شريحة كحرف U الفرنسي طول كل من جهتيها اقل من سنتيمتر واتجاه فتحتها الى العالي ويجب ان يتناول الشق جميع النسيج حتى العظم وان يناسب كبر الشريحة حجم الورم (واذا كانت السن سفلية تدار فتحة الشريحة الى الاسفل) ثم تحرر الشريحة بالمجرد (Rugine) ويضبطها المعاون بمبعد . وبعد ان يتم هذا يثقب جدار العظم الظاهر الواقع فوق الورم بسنبلة (Fraise) مدورة او شاقة (à Fissure) تكون قد عقت ويوسع الثقب ثم تنظف جميع الاقسام الالتهابية الموجودة في جوف العظم بمجرفة (Curette) فتظهر ذروة السن بارزة بين الجوف فتنزع شيئاً فشيئاً بالسنبلة الشاقة . ولا يخفى ان الواجب بقضي بتنظيف جوف العظم نظيفاً تاماً من سائر محتوياته وبإزالة كل اثر للفشاء المحيط بالكيس . ثم يدك ذلك الجوف العظمي دكاً مؤقتاً منعاً للنزف . وتحشى قناة السن حينئذ بعد ان تجفف جيداً بمعجون رومان الذي يدفع من جهة حجرة اللب حتى يخرج من ذروة الجذر المقطوع وبعد ان تحشى قناة السن

يكوي جوف العظم بمحلول كلورور التوتيا الذي نسبته ١ - ١٠ ثم يحشى
بذبالة غاز يودوفري وبعد مضي ٤٨ ساعة نزع الذبالة ويضمد بغسل
الجوف بالمحقة مدة عشرين يوماً فيتم الاندمال . لما حشو (Obturation)
السن فيصنع حسب المعتاد .

ويجب ألا ننسى ان مراعاة التعقيم في هذه العمليات ضرورية جداً
فتوضع رغادة معقمة على منضدة لوضع الآلات عليها بعد ان تكون قد
عقمت بالتور او أغليت اغلاية كافية ويجب ان تكون السنبال جديدة
وان نفخس بعد تقسيمها في الكجول : واكثر الآلات موافقة لاجراء
هذه العمليات هي الآلات المستعملة في جراحة العين : مبضع اجفان ، مبعد
فوق مخليين ، مجرد رولة (Rollet) . ويحضر معجون روبيان قبل البدء
بالعملية وبذلك يعجن المسجوق الآتي بوطر القرنفل :

ثريوكسي مثلين ٨ اجزاء

حمض التوتيا (Oxyde de zinc) ٦٤ جزءاً

مينيوم (Minium) ٤٨

والمينيوم ظليل لا تخرقه الاشعة المجهولة فهو اذن واسطة حسنة
لتحقيق سد القناة بالرسم الكهربائي .

فاذا اتبعت الشروط اللازمة في اجراء هذه الطريقة كانت النتائج
ياهرة والنجاح مقررأ لأن الحشو لا يجري قبل العملية او بعدها ولكن
في اثنائها اذ تكون مراقبة العمل ممكنة بالنظر لان مساحة العملية تكون
واسعة والنظر الى كل اقسامها سهلاً « مجلة امراض اللقم اذار سنة ١٩٣٥ » .

من ردائل الكحول

اختلاف سير الداء الافرنجي حسب الام . - لقد ذكرت (المجلة الحديثة) للجلب والجراحة بعد هذا العنوان ان سير المرض الافرنجي يختلف اختلافاً كبيراً حسب نوع البشر ، فيسبب في العرب تخرباً مادياً واسعاً ، مما يدعو الى تشويه هائل ولكن على العكس لا يترك تظاهرات عصبية ثالثة لذلك لم يعرف السل الظهري والشلل العام فيما بين اولئك .

اما اسباب ذلك فليست في الحقيقة مسألة النوع فقط بل هناك اسباب اخرى ذات تأثير لا ينكر .

نحصل في العرب او البدو تظاهرات وخيمة أكالة، مشوهة وما شابهه وسبب ذلك الاهمال او الجمل بعواقب هذا المرض .

اما التظاهرات العصبية فقليلة التصادف جداً فيهم وسبب ذلك عدم استعمالهم للخمر او الاشربة الكحولية ، تلك المادة التي كانت تظن انها سبب تلك الأمراض العصبية قبل كشف طبيعتها الافرنجية والحقيقة ان الاسباب مشتركة بين الاثنين الزهري والكحول وعند ما يبدأ اولئك باستعمال ذلك السم الزعاف لا تلبث هذه الحالات العصبية الوخيمة ان تظهر فيهم ايضاً ، ولقد رأى مثل ذلك بعض الاختصاصيين في مستشفى القاهرة كما ان احدهم صادف وقعة للسل الظهري في مراكش في تاجر غني و بعد الاستقراء وجد ان ذلك الشخص كان يشرب الخمر في حياته .

والحقيقة هي ان اصحاب المزاج العصبي مهما كان نوعهم وعرقهم يجب ان يمتنعوا شرب اي مادة كحولية، ولو بمقدار قليل جداً لأن ذلك مما يدعو البريميات الشاحبة الى ارتياد الخلايا العصبية

هذا ولا يفهم من ذلك ان العرب مصنوعة من تلك الأمراض العصبية بتاتاً وربما كان الامر بالعكس، فانتنا نرى فيهم كثيراً من المجاذيب والمجانين وما اشبه ولكنه في الغالب لو امكن تشخيص هذه الامراض سيفي اولئك تشخيصاً فنياً لثبت وجود ما ذكرناه من اشتراك الداء الافرنجي والكحول في كثير منهم .

« ح . خ »



استفسار

جاء في الجزء الثاني من المجلد الرابع من مجلة المعهد الطبي الغراء الصفحة ١٢٢ في مقالة الاب العلامة انتاس ماري الكرملي (آراء لغوية)
نقده لترجمة المرقشيتا (بالانثيمون) وتسميته الانثيمون بالاثمد وهي الحقيقة
التي لا غبار عليها ولكنه ذكر مقابل كلمة مرقشيتا انها ترجمة (Marcassite)
فقط ولذلك احببت ان اذكر ما اعرفه عن هذه الكلمة فأقول :

مرقشيتا كلمة عربية يعني بها اليوم كلمة البزموت (Bismuth)
نفسه وقد سمي هذا المعدن بالالمانية بكلمة (Marcasite) ثم سماه كاشفه
العالم اغريقول سنة ١٥٣٩ (Marcassite Blanche) وبالرصاص الرمادي
(Plomb gris) ثم سمي بالانكليزية (Bismuth) و (Wismuth)
وشاع هذا الاخير . ومستندي في ذلك كتاب الدورفولت الشهير ولكني
استغربت كتابة قاموس لاروس المصور فقد جاء فيه ما معناه :

(ماركاسيت) كلمة عربية من كلمة (مرقشيتا) ويعني بها اثني كبريت الحديد
الطبيعي المعروف ايضاً باسم (البيريت) الالبيض ويتبعه في هذا الرأي المؤلفان
جادان واستروك في كتابها علم طبقات الارض فقد وضعاً كلمة ماركاسيت
واردفاها بكلمة بيريت بلانش (Pyrite Blanche) او (Sperkise)

فبقيت متحيراً بين صاحب الدورفولت وبين جادان واستروك من طرف
وصاحب القاموس من طرف آخر ولذلك ارجو من حضرة الاب المحقق
إعادة النظر في هذه الكلمة لايقافنا على الحقيقة لأننا نستعملها لمعدن
البزموت نفسه كما تقدم . وله الشكر في كل حال .

الكبادي
عبد الوهاب القنوايي

مطبوعات حديثة

مجلة الآثار : لمشتها ومديرها الاستاذ عيسى اسكندر المعلوف
مؤلف تاريخ الامر الشرقي العام

عرف الاستاذ المعلوف بأنه المؤرخ الذي نظر الى ثلاث التاريخ لوطني ونواقصه
فسدتها واتمها ببعثه وتنقيبه وهو يكتب غير ناقل عن غيره على علالت النقل بل اذا
نقل عال عن التاريخ بما يعرف اليوم بفلسفته واذا كتب نظر الى الجهات التي املها
غيره فأصلحها . واذا ابتكر مواضع تعنى فيها وتوغل في ثناياها حتى يلتذ مطالع
مقالته بما يلاقه من الابحاث الطلية والمعاني الجديدة وذلك لكثرة بحثه ووقوفه
على مخطوطات نفيسة نادرة .

ولمنا انشأ مجلته الآثار في تموز سنة ١٩١٠ فبقيت ثلاث سنوات تقدم التاريخ
الوطني والآثار واللغة لحسن خدمة فعملتها الحرب الضروس العامة وبقيت الحاجة
اليها تستد حتى الحف عليه كثير من اصداقائه وهو في دمشق يخدم المجمع العلمي
طالبين اعاتها ونحن منهم فنال امتيازها من الحكومة العربية ثم حدث ما اوقف نشرها
فعاد الى رحلة مراعيه صحته المنحرفة ومتأهيا للسفر الى البرازيل حيث اولاده واخوته
وانسابه ولكن الاطباء والاصحاب استوقفوه ضنا بمارفه ان تخدم جذوتها سيف
المهجر وبصحته ان تعبت بها نقابات الانواء ومشقات الاسفار فبقي في الوطن واستأنف
نشر مجلته الآثار فظهرت في اول السنة الحالية ١٩٢٢ في ٤٨ صفحة شهرية ومستنها
عشرة اشهر على قرارها القديم وهي تنجز مقالات كثيرة موعوداً بها قبلاً أو لمنا
صوابي ثقفني الواحق . وقد فتح فيها باباً جديداً للسئلة التي يجيب عنها بما عنده
من واسع الاطلاع ولا سيما في الانساب والتاريخ وقد شاقنا ما طالعناه من مقالات
الجرايين الاول والثاني كرويا الحرب التي جمعت فوعت وكانت اشبه بمثن يحتاج الى
شرح فيكون تاريخاً تاماً للحرب وتكبياتها في سوربة ، وحكم العرب والفرنج ، ونشر
مطويات الاخبار والمخطوطات . والانساب والآثار والاداب والاخلاق وعلى
الجملة ففيها فنون كثيرة واساليب بديعة وهي تزداد تبسطاً في المستقبل فندعو لها
بالرواج .



قطرات ليفونيا

لخبر ثروات باره

مركبة من القطران الكرايوزوتي و بلسم التولو
تستعمل في جميع آفات الصدر : السعال • التهاب الشعب • السل الخ

بايابين ثروات باره

هواقوي الادوية الهضمية المعروفة حتى اليوم والانواع المركبة منه هي هذه

شراب ثروات باره : جرعته ملعقة كبيرة بعد كل وقعة

اكسيد ثروات باره : جرعته قدح صغير بعد كل وقعة

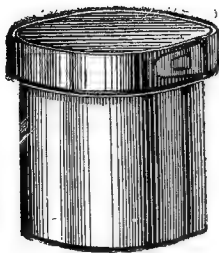
برن ثروات باره : جرعته برشانتان بعد كل وقعة

وهي ناجمة في امراض المعدة : التي ، الآلام المعدية التهابات المعدة ، سوء الهضم

وفي اسهال الاطفال فيعطى لهم من الشراب ملعقة او ملعقتا قهوة بعد كل وقعة

تباع هذه العلاجات في جميع الصيدليات

الوكيلان الوحيدان : ظيان وكزيري - بشارع رامي بدمشق الشام . وتطلب العلاجات منها ايضا



التهاب المعوي الكولوني

ولاسيما في الاطفال

يتحسن سريعاً ويسهل شفاؤه بوضع
الانثي فلوجستين الحار على البطن جميعه
ال :

Antiphlogistine
TRADE MARK

من خواصه افراغ اوعية المعى والخلب (البريطون) وتنبية الضفيرة الشمسية
والريطانية وايقان الزحير والتقلص العضلي والالام

افات الجلد

ان كل افات الادمه مما كان سببها : كالحروق ، ووخزات الحشرات والزواحف
التي يكثر وقوعها في الصيف تستدعي ان تعالج بسرعة بوضع الانثي فلوجستين . ويجب
ان يوضع في الغالب حاراً
ان الحرارة الرطبة اذا طبقت تطبيقاً دائماً في حالة التبيغ تعيد الدوران الطبيعي
بسرعة الى انتظامه وهي الخطوة الاولى في تامل تجديد كل التهاب . ان الانثي
فلوجستين البارد اسهل تحملاً في بدء الحروق .

الرضوض

الوثاءة ، والجروح ، والتهابات الاداة الرضية ، والمعض وسائر التبيغات الناشئة
من التمرينات الرياضية تزول سريعاً بوضع الانثي فلوجستين الحار
ثمسل المعلومات والماسطر لخدمة الاطباء

المقر العام

The Denver Chemical M. FG. C°
New York city, U. S. A.
EMILE FARHI & C°

P. O. Box 254
Beyrouth (Syrie)



hydratée dans le sang se deshydraterait dans le foie, puis, repassant dans le sang, s'hydraterait de nouveau et ainsi de suite jusqu'à ce qu'elle soit éliminée. Et c'est pendant ces phases d'hydratation et de deshydratation qu'elle deviendrait radio-active. Elle se comporte à ce moment comme le radium, en détruisant les cellules dont les mutations nutritives sont les plus rapides et qui sont les plus jeunes, cytologiquement. Par des expériences et des comparaisons, Comenge Gerpe conclut que la quinine doit être considérée comme un corps radio-actif. En cette matière, l'action du bromure de mésothorium ne peut que s'ajouter à la radio-activité de la quinine, radio-activité qui, peut-être, est une des raisons physico-chimiques si spéciales de cet alcaloïde sur les hématozoaires.

Il nous a paru, pour toutes ces raisons, et en considérant l'action réellement rapide et prolongée du quino-thorium, que ce produit devait être signalé. Son emploi en injections intramusculaires, est simple, et on n'a pas besoin, au moins dans les formes tierces bénignes, les seules que nous avons en vue ici, de faire des injections intraveineuses. Quant à l'injection sous-cutanée, bien que nous l'ayons employée sans dommage, nous jugeons inutile de la recommander, son action n'étant pas supérieure à la précédente, et, par contre, souvent un peu plus douloureuse.

Mode d'action du quino-thorium.— Le quino-thorium a-t-il donc une action spéciale, à cause de la présence du bromure de mésothorium ? Il y a lieu de le penser, et c'est la raison qui nous a fait communiquer ces cas à la Société.

Il est admis que les substances radio-actives jouent un rôle spécial sur les organes hématopoiétiques, faisant augmenter rapidement le taux des hématies et en excitant les défenses de l'organisme.

Toutefois, les différents travaux, encore divergents dans quelques-unes de leurs conclusions, parus en cette matière, ne nous permettent pas de poser une conclusion ferme. Les quelques examens de sang que nous avons faits au cours du traitement, tout en faisant ressortir l'augmentation du nombre des globules rouges, ne nous a pas permis de constater une modification de la formule leucoeytaire. La mononucléose de la convalescence du paludéen persiste comme avec un autre traitement.

De plus, quelques auteurs considèrent que la faible quantité de corps radio-actif de ces solutions n'a qu'une action passagère et devient très vite inactive. La difficulté d'apprécier cette activité fait que nous ne pouvons donner des conclusions cliniques en cette matière, bien que Kochmann et Zorn aient montré que les alcaloïdes étaient plus actifs quand ils étaient associés à un corps radio-actif, et que les propriétés thérapeutiques de la quinine, en particulier, étaient exaltées. On sait d'ailleurs que Manoukine à Paris, Pais à Rome, ont traité avec succès des accès paludéens par les rayons X.

Il nous paraît pourtant que l'association avec le bromure de mésothorium favorise l'action de la quinine, que quelques auteurs considèrent comme donnant des sels radio-actifs. A une concentration élevée, les sels de quinine donnent un spectre d'absorption différent du spectre d'émission, comme les corps fluorescents, ce qui a fait penser que dans leur formule entrait un groupement fluorophore représenté par deux noyaux dans la chaîne hexagonale. On trouve dans l'intéressant ouvrage: *Chininum* édité à Amsterdam par le Comité pour l'encouragement à l'emploi de la quinine (1925) un article de Rafael Comenge Gerpe, de Madride, intitulé : Radio-activité de la quinine, son mécanisme antipaludéen, qui donne des précisions à ce point de vue. L'auteur rappelle que Le Eon avait montré que la quinine émettait des radiations actives pendant ses phases d'hydratation ou de déshydratation. Dubois, Klanc, Comenge Gerpe ont confirmé ces observations. Il est vrai qu'il s'agissait surtout de sulfate de quinine, et Comenge Gerpe établit un parallèle très intéressant entre le radium et la quinine envisagés dans leurs propriétés thérapeutiques et dans leur action physico-chimique. La quinine

la température tombe à 37° le soir. Nouvelle injection deux jours après, au même taux; troisième injection deux jours après. Dans les six jours qui suivent, l'enfant va bien; il mange et dort bien. La rate a diminué d'un centimètre; on veut continuer le traitement mais les parents repartent dans leur village en emmenant leur enfant.

O. Sos 2 ans, paludeen. Anémié, grosse rate; hemoglobine 55 à l'hémoglobinomètre de Tallqvist. Parasites de tierce bénigne

On lui fait 1 centimètre cube de quino-thorium dans les muscles de l'avant-bras, les fesses paraissant trop maigres. L'injection est bien supportée.

Les jours suivants, l'enfant n'a plus de température; il dort bien, mange et joue; on devait lui faire une deuxième injection, mais les parents, qui étaient venus de loin à la consultation, sont repartis.

Un mois après, ils le ramènent pour un nouvel accès. On apprend que depuis un mois il n'a plus eu de fièvre. On fait une nouvelle injection, mais d'un 1/2 centimètre cube seulement. Grande amélioration immédiate. La rate, qui débordait un mois avant les fausses côtes de 3 centimètres ne débordait plus que de deux. On ne peut faire de nouvelle injection, l'enfant ayant encore été emmené chez lui.

A cause de cette impossibilité de suivre les indigènes nous ne citerons pas plus d'observations de noirs. Il s'agit là d'individus nomades de la forêt, extrêmement mobiles, ayant souvent fait deux jours de marche pour venir consulter et qui repartent dès qu'ils se croient guéris. Ils ne peuvent donc être suivis, mais on voit, d'après cette observation et d'autres que nous avons prises :

1°) que le quino-thorium a une action assez prolongée puisque le second de nos malades est resté un mois sans avoir d'accès, après une seule injection, alors qu'avant il en avait tous les trois jours;

2°) que la rate diminue rapidement, fait que nous avons d'ailleurs constaté chez nos Européens, mais qui est ordinaire avec tous les traitements quinquinaux;

3) que la dose de 1 centimètre cube a été très bien supportée par un enfant de deux ans.

Nous avons de même observé une guérison de névralgies palustres chez une femme noire au Cameroun, névralgies que se manifestaient par des accès de sciatique et dont l'origine paludéenne nous avait été indiquée par l'examen du sang qui avait fait retrouver le *pl. vivax*. Chez cette malade, deux injections, à raison d'une par semaine, firent disparaître les douleurs

d'une autre cause occasionnelle quelconque, on peut agir plus lentement, et ne faire qu'une injection par semaine pendant six semaines. C'est la méthode que nous avons employée dans le cas suivant que nous résumons :

H.L. . . . 32 ans, retour des Antilles. Accès bilieux paludeens quand il residait dans le pays. A Paris depuis six mois, 1^{er} acc's de retour au mois de novembre, accès paludeen typique, avec leger subictère. Prise de sulfate de quinine 0 gr. 50 par la bouche; 2^{ème} accès trois jours après, mais moins fort. Pl. vivax dans le sang.

On fait une injection de quino-thorium le soir du jour qui précède l'accès, celui-ci se produisant vers minuit habituellement. Pas d'accès. On attend huit jours. L'examen du sang fait deux fois ne montra plus de plasmodium. Nouvelle piqure après deux jours; et ainsi pendant quatre semaines encore.

Les accès ont cessé et n'ont plus reparu, bien que le malade soit retourné aux Antilles, dans la région où il s'était infecté. Retour au bout d'un an. pas de parasites.

Guerison maintenue depuis un an et trois mois.

Cette guérison se maintiendra-t-elle ? Il y a tout lieu de le penser; et, en tout cas, on peut en inferer que l'association quinine et bromure de mesothorium agit plus vivement sur les parasites que les autres sels de cet alcaloïde.

Une autre observation est analogue. Il s'agissait d'une femme infectée au Congo qui, depuis deux ans, avait des accès réguliers de tierce benigne que la quinine, prise par la bouche et en quantité qui nous paraît avoir été insuffisante (1 gramme pendant et apres les accès) ne supprimait pas. 6 injections de quino-thorium faites à deux jours d'intervalle, puis 6 autres à raison de 2 par semaine après un repos de quinze jours, ont fait disparaître ces accès. Il s'agissait encore de pl. vivax qui disparut après la première injection. Il est vrai que les parasites paraissaient peu abondants.

Il s'agit ici d'Européens revenus en France; mais les résultats ont été les mêmes chez les noirs que nous avons traités au Cameroun. Nous ne croyons pas necessaire de rapporter leurs observations, car, en matière de paludisme, celles-ci se ressemblent la plupart du temps d'ans tous les pays quand il s'agit des mêmes formes de parasites, mais nous voudrions citer deux observations d'enfants noirs qui confirment ce qui vient d'être dit :

Enj. On. . . , 2 ans, accès tierces; rate debordant de 3 centimètres les fausses côtes.

Il fait un accès au moment où on l'amène. Le sang examiné à ce moment montre des formes jeunes de pl. vivax. On injecte 1/2 centimetre cube. L'accès n'est pas coupé, mais

de quinine, un gonflement douloureux et une réaction locale qui n'expose pourtant à aucune necrose ni à aucune suppuration, mais est désagréable. Aussi conseillons-nous d'injecter toujours plus bas qu'on ne le fait souvent, c'est-à-dire en plein dans la fesse au-dessous d'une ligne horizontale passant par le sommet du grand trochanter, avec une aiguille de 5 centimètres au moins. En opérant ainsi, on n'aura aucune réaction, et le malade pourra marcher sans inconvénient immédiatement après l'injection.

Les cas où nous ayons observé de la douleur sont ceux où nous avons fait l'injection plus haut, près des insertions musculaires, et où le liquide avait été trop près des surfaces osseuses. Il va sans dire que ces phénomènes ont été calmés rapidement par l'application de compresses chaudes, mais du moment qu'on peut les éviter en faisant la piqûre plus bas, il vaut mieux ne pas faire d'injection haute.

Indications — Il peut s'employer dans toutes les formes du paludisme, mais nos observations ne concernent que des formes à plasmodium vivax, et une seule à plasmodium falciparum. Ici, les résultats ont été les mêmes que précédemment, mais nous n'avons pas pu suivre le malade plus de trois mois. Aussi, avant de se prononcer sur ce point et de juger que le quinothorium a des effets aussi prolongés sur plasmodium falciparum que sur plasmodium vivax, convient-il d'attendre de nouveaux cas.

Les doses sont d'une ampoule, soit 2 centimètres cubes chaque fois pour l'adulte; de $\frac{2}{3}$ d'ampoule soit, 1 cc. $\frac{1}{2}$ pour les jeunes gens de 10 à 20 ans. et de $\frac{1}{2}$ cc. pour commencer chez les enfants de 2 à 10 ans. Toutefois, chez un enfant noir de 2 ans au Cameroun, nous avons pu faire 1 centimètre cube intra-musculaire la première fois; sans aucun inconvénient. Nous n'avons pas essayé les injections intraveineuses.

On donnera ces doses, soit tous les jours pendant six jours, dans les cas aigus, soit tous les deux jours. Il nous paraît préférable de ne pas faire l'injection tous les jours, car il y a intérêt à maintenir le malade plus longtemps sous l'influence de la quinine, qui, avec le quinothorium, nous a paru s'éliminer un peu plus lentement qu'avec les solutions habituelles ce qui lui permet d'agir d'une manière plus continue et plus régulière. La première injection sera faite avant l'accès: la seconde deux jours plus tard et les suivantes de même jusqu'à concurrence de 6. Ensuite, le malade sera laissé au repos pendant quinze jours; et à ce moment, on ne fera plus qu'une injection tous les trois jours, soit deux par semaine pendant 3 semaines; soit en tout 12 ampoules au plus.

Lorsqu'il s'agit d'accès plus espacés, comme cela arrive chez les Européens revenus dans leur pays, et qui ne font des accès qu'au moment des froids, des temps humides, ou

LE QUINO-THORIUM
DANS LE TRAITEMENT DU PALUDISME
PAR
L. TANON ET E. JAMOT

Il ne semble pas utile de proposer un nouveau traitement du paludisme quand on voit le nombre considérable de préparations à base de quinquina ou d'arsenic qui ont été déjà employées. Récemment le stovarsol, puis le tréparsol, sont venus s'ajouter à une liste déjà si longue que Prattes et Barradas réclamaient, au Congrès de Médecine tropicale de Loanda en 1923, avec beaucoup de justesse; une systématisation, c'est-à-dire une réglementation didactique, dans le traitement du paludisme; proposition que nous avons reprise en 1924, au Congrès d'hygiène de Bordeaux mais qui n'a pu être discutée, ce Congrès ayant eu une durée trop courte.

Cependant, comme il s'agit cette fois non pas d'un sel de quinine nouveau, mais d'une association avec un corps radio-actif dont nous avons obtenu d'excellents résultats il nous a paru intéressant d'exposer ce qu'on pouvait attendre du quino-thorium proposé et préparé par les Etablissements Buisson, et employé en injections intra-musculaires. Il nous a paru bien nettement que ses effets étaient rapides, son emploi inoffensif, et son action plus longue que le même sel simplement dissout en solution isotonique.

Le Quino-thorium- : Le quino-thorium représente un mélange d'une solution de chloroformiate de quinine, et d'une suspension colloïdale de bromure de mésothorium. Le chloroformiate de quinine est à la fois plus soluble et le plus riche en quinine. de tous les sels de quinine on sait, en effet, que le formiate de quinine contient 87, 56 % de quinine, alors que cette teneur est seulement de 0,693 pour l'arséniate; 0,817 pour le chlorhydrate; 0,590 pour le chlorhydro-sulfate, pour n'en citer que quelques-uns des plus usités. Ajoutons que la réaction de la solution est alcaline.

Le quino-thorium s'emploie chez l'adulte en injections intramusculaires, à la dose de 2 centimètres cubes, soit 0gr. 50 de chloroformiate de quinine et 1/10 de milligramme de mésothorium. L'injection est toujours bien tolérée et n'expose à aucune réaction douloureuse si elle est faite dans la profondeur du muscle. Sans cela, elle provoque, comme la plupart des sels

الطب الشرعي

المؤلف
الدكتور وصفي
استاذ الطب الشرعي في كلية
الطب التركية

المعرب
الدكتور
حكيم المرادي

السبب في تعريب هذا الكتاب

دون سواه

قد يستغرب بعض القراء الكرام من تهمهم ابحاث الطب الشرعي اقدام المعرب على نقل هذا المؤلف الى لغة الضاد بالرغم من وجود مؤلفات غير قليلة في اللغة الانجليزية ولهذا نتشرف بان نعلم حضراتهم اننا جئنا من الصديق المعرب انتقاء كتاب من كتب الطب الشرعي لكي يعربه ويسد به الفراغ الموجود في الكتب الطبية والحقوقية . فانكب حضرته عندهما على درس اكثر المؤلفات الانجليزية والتركية واتمق في البحث عن المخرها مادة فوجد ان مؤلف هذا الكتاب قد استند في تأليفه على « موجز الطب الشرعي » لمؤلفيه (لاكاساني) و (اتيان مارتن) ثم اكمل نواقصه ووسع مباحثه بمشاهداته الخاصة وبما اثر عليه في مؤلفات (پرواردل) و (وفير) و (بالغازار) وغيرهم من مؤلفي الانجليز والالمان والترك فجاء كتابا جامعا يفيض على غيره بالبحاث شيقة غزيرة المادة ، مؤيدة بمجوات فنية هامة . وهو يقع في ستة اجزاء تقرب صفحاتها من الالف عدداً .

وقد جعلنا قيمته اثني عشر ريالاً مجيداً بعد تمام طبعه وست ريات مجيدة او ما يما لها لمن يرغب بالاشتراك ويدفع القيمة صلماً ولا يخفى أن قيمة الاشتراك تعادل ثمن الاجزاء الثلاثة الاولى . ولهذا سينفلق باب الاشتراك بعد الانتهاء من طبع الجزء الثالث فنحث حضرات المهامين ورجال القانون واطباء الشرع وتلاميذ الطب والحقوق على اقتناء هذا المؤلف النفيس والمسايرة بارسال قيمة الاشتراك الزهيدة لكي تقدم لم ما صدر حتى الآن وما سيصدر بعده من الاجزاء بصورة متوالية منتظمة وعلى الله التوفيق .

داود صدقي المارديني

صاحب مكتبة الاعتماد

بدمشق

مَجْلَدٌ المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٢٧ م الموافق الذي القمده سنة ١٣٤٥ هـ

الجذام والسل

التحريرات المخبرية التي تميز احد هذين المرضين عن الآخر
للحكيم ترابو استاذ في المعهد الطبي وطبيب المستشفيات العسكرية



ترجمها الحكيم مرشد خاطر

١ - تمهيد

لا عجب اذا انتخبت هذا الموضوع لمقال ينشر في سورية لأننا هنا
قرب المهد الذي نشأ فيه الجذام . فان جدود الفينيقيين الذين كانوا
يقطنون بكتريانا « Bactriane » قد أصيبوا بهذا الداء حين كانوا يتجرون
مع سكان الهند وان المراكب الشراعية التي كانت تسافر من صور وصيدا
وجبيل لم تكن تنقل الى افريقية ومرسيلية واسبانية وبريطانية الارجلان
وخشب الارز ومنسوجات الشرق الثمينة فقط ولكنها كانت تنقل معها
ايضاً ذلك الداء الفينيقي .

لا يخفى ما في تمييز آفات الجذام عن السل من الصعوبة والمشقة لمشابهة احد هذين الدائنين للآخر . لأنه اذا سهل تشخيص الجذام العصبي او الجذام المبطل للحس والجذام المشترك او الجذام التام بالمعانة السريرية فليس الامر كذلك متى كانت الآفات جلدية غير معينة ولا سيما متى وجدت في شخص قد سلت رثاه او عظامه وكان الجذام في ذلك القطر الذي يسكنه المريض بلدياً . ولا يسهل التشخيص ايضاً متى دعي الطبيب الى معانة آفات جذام عجري مبدئية لانها تشابه احمراراً عقدياً (Erythème nouveau) سليماً او اندفاعات سلية (Tuberculides) او داء الذئب « بوتريا وبوا » . فهذه الصعوبة تحملنا الى الالتجاء الى التحريات المخبرية التي تسهل في جميع هذه الحالات الغامضة وضع التشخيص وتميز المظاهر التي تظهر بها عصبية هنزن عن مظاهر عصبية كوخ .

...

٢ - طرق التلوين المقصود « Directe »

ننشأ به عصبنا كوخ وهنزن لأن كلا منهما تلون بطريقة غرام ولائهما كالعصبية شكلاً ولأن اقطارهما متشابهة ولانها منيعتان على الحامض والكحول . لا ينكر ان عصبية هنزن أدق واقسى وان طرفيها ارفع وان تلوئها بالفوكسين المائي الكحولي او زرقة الانيلين اسهل من تلون عصيات كوخ وان تلوئها بمحلول زرقة المثلين القلوي ابطأ من تلون تلك ايضاً غير ان هذه الاختلافات البسيطة ليست كافية لتمييز احدي المصبتين عن الاخرى وكثيراً ما يقترب الطبيب خطأ كبيراً اذا اعتمد في تشخيصه

على الاختلافات المبينة على خواص هاتين العصيتين الصباغية . مثال ذلك طريقة (بومغارتن) التي تقوم بتثبيت المحضر أولاً بالحرارة ثم بتلوينة مدة خمس دقائق بزرقة الانيلين فبمعالجته مدة خمس دقائق بمزيج عشري مركب من حامض الآزوت والكحول المطلقة . فتتلون عصية كوخ بلون بنفسجي ولا تتلون عصية هنزن . ومثال آخر طريقة (وزانر) التي تستعمل بها زرقة لوفلر ولا تتلون بها غير عصية كوخ .

وأفضل ما يستعمل في التلوين الطريقة القديمة بالزئبق نيلسن (Ziehl - Nielsen) حسب وصف (ماثيو وفيلبير) فهي تصبغ بلون احمر العصيتين اللتين تبدوان واضحتين في ذلك المحضر الملون بلون بنفسجي . ولا يخفى ان عصية كوخ يقل عددها في المستحضرات بعكس عصيات هنزن الكثيرة العدد التي تتلاصق وتشابه الدخن (Cigares) في رزمتها او القضبان في حزمها . وهي صفة خاصة بعصيات الجذام (مارشو) وتكفي حزمة واحدة من هذه العصيات متى كانت واضحة لإثبات تشخيص الجذام . غير ان بعض الحالات النادرة تدعو الى الشك والتردد فقد تكثر عصيات كوخ وتجتمع كتلة واحدة حتى يخيل للناظر اليها انها حزمة عصيات هنزن . يقع هذا بعد القيء القيحي (Vomique) الذي يتلو انبثاق كهف سلي او بعد معاينة صديد بعض آفات الاذن العظمية (مارشو) غير ان معرفة المصدر الذي أخذ منه ذلك الصديد يزيل هذا الشك ولا سيما متى كان ذلك من القشاعات لأن عصيات هنزن لا تبدو الا في ذات الحنجرة الجذامية وهي نادرة جداً وندر من هذه ذات الرئة

والشعب الجذامية التي تظهر بها أيضاً عصابات الجذام في القشاعات (بونوم) كما انها تظهر ايضاً في الجذام الذي يعم اغشية الفم المخاطية . الا ان الجذام يظهر في هذه الحالات بمظاهر أخرى جلدية او عصبية ويكفي حيثئذ ان يزل ورم من هذه الاورام الجذامية ونشر قطرة دم على صفيحة باوريه وتعين لكي يحل هذا الغر المعقد لأن الخلايا الجذامية المحشوة بعصابات هنزن تبدو فيها .

٣ - تحري عضية هنزن في مفرزات الانف المخاطية

لا يحق لنا ان نعد الجذام مرضاً منحصراً في الجهاز العصبي او في السنتين الجلدية والمخاطية لانه مرض عفني عام ناجم من تكاثر عضية هنزن في عضوية المريض . ولهذا تروينا المعاينة النسيجية (Histologique) هذا العامل المرضي في اكثر الاعضاء : في الكبد ونقي العظام (Muelle oss.) والطحال والعقد واغشية الانف والفم المخاطية . وينتقل الى هذه الاعضاء بالدوران العام تحمله بعض البلعرات الكبيرة (Macrophages) التي تضطلع هيولاهما ككائنات العضية الجذامية فتعود خلايا جذامية او خلايا (فيرخوف) والسبب نفسه ايضاً نرى عضية هنزن في اخلاط العضوية كافة : في الدمع والعرق والدم الجاري (غوجرو) والبول والبراز (اهلنلت وستافنسهاغن) وصديد الاحليل (ذات الاحليل الجذامية) ومفرزات الانف المخاطية والقشاعات حتى في ذرات اللعاب التي تنقذف في اثناء السعال والمطاس والكلام (شافر) .

ونقضي السريرات بالتفتيش عن عصابات الجذام في مفرزات

الانف المخاطية لأن تحري العصيات فيها اسهل مما في سواها وسبب ذلك كثرة العصيات في تلك المفرزات حتى في بدء المرض وقبل ان تبدو اقل آفة جلدية في الجذام المعجري . وهذا التحري اسامي في التشخيص التفريقي بين السل والجذام لأن عصيات كوخ لا توجد مطلقاً في مفرزات الانف . وطريقة ذلك ان بفرك غشاء وتيرة (Cloison) الانف المخاطي فركاً عنيفاً بقطبلة قطن وان ينشر هذا المخاط على صفيحة زجاج ويلوّن (بزيل نيلسن) ويكفي في ذات الانف الجذامية المزمنة ان تُنشر بخثرة من المواد المخاطية المدمة على الصفيحة وتعاين . ومتى لم يعلق بقطبلة القطران بعد الفرك سوى قشيرة تحلّ بالمصل الفسيولوجي فاذا كانت المعاينة الاولى سلبية أُعطي المريض حسب طريقة (لوند وبوتريه) اليودور بضعة ايام لتزداد مفرزات انفه وجرعته اليومية غرامان - اربعة غرامات . فيسمل تمييز عصيات هنزن عن جرثومة المخاط (Myco Bacterium putricolens) وان تكونا ككتلتهما تقاومان الحامض والكحول وتكثران في مفرزات الانف وذلك باستعمال طريقة مارشو وهلفن اللذين يعالجان المستحضرات بالكحول المطلقة فتفقد بها جرثومة المخاط خاصتها المقاومة للحامض . اما عصية كزلنسكي وهي ضيف آخر للمخاط الانف فلا تجتمع حزماً وعدا ذلك فهي رُبّة واكبر من عصية هنزن .

٤ - تفاعل روجه (Albumino - réaction de Roger)

قلنا ان غشاء الانف المخاطي يصيبه الجذام منذ البدء وهذه هي القاعدة غير ان عصية هنزن قد لا توجد في مفرزات الانف . في سياق الاشهر

الاولى للداء فيكون التفاعل الآحيني حينئذ مفيداً كما هي الحالة في السل
مئي لم تظهر في القشاعات عصيات كوخ . ويعود الفضل الى (مورو غيلان)
الذي فكّر قبل كل احد باستخدام هذا التفاعل في كشف الجذام مع انه
لم يكن مستعملاً قبله الا في السل . فهو يعالج مفرزات الانف المخاطية
بإضافته ضعف حجمها اليها من الماء المقطر . ثم يضيف الى هذا المحلول
حامض الخل الذي نسبته ٣٠ بالمائة لكي يزيل المخاطين (Mucine)
الذي ينقي عالقاً بالمرشحة ويتحرى الآحين في المرشح اما بالحرارة او
بكلورور الصوديوم او بفاروسيانور البوتاس . فاذا كان التفاعل انجاسياً
فلا فائدة كبيرة تجني منه . واما اذا كان سلبياً ففيه كل الفائدة لأنه
ينفي الجذام .

٥ - تفاعل اينتار المصلي (Séro - réaction d'Eitner)

بعد ان كشف اينتار الاضداد (Anti - corps) في مصل المجذومين
طبق عليهم شرائع بورده جنفو فوجد التفاعل المصلي الذي سمي باسمه .
وكان يستعمل اينتار كمولدات للضد (Antigènes) خلاصات مائية
او كحولية مستخرجة من محصولات جذامية غير ان المؤلفين الذين جاءوا
بعده استعملوا اضداداً متنوعة كل النوع ككبد المجذوم والكبد السليمة
وقلب القبعة (Cobaye) وخلاصة الورم العفلي (Sarcôme) او الورم
السرطاني (Carcinôme) وغير ذلك . . . فيستنتج ان هذا التفاعل
ليس تفاعلاً نوعياً غير انه كتفاعل واسرمان اداة ثينة في وغم التشخيص
لا بد من الاستفادة منها ومن استعمالها دائماً . واذا كان هذا التفاعل لا يزال

عاجزاً عن تخفيف العبء عن السريريات فهو قد بدد الشك الذي كان مخياً في بعض الحالات . وهو مفيد بالخاصة في الجذام الخفي في تلك الحالات التي تظهر بمظهر حسن ويكون التفاعل فيها على الرغم من ذلك ايجابياً بشدة (مارشو) ولكن هذا التفاعل كثيراً ما يكون ايجابياً في المصابين بالخلق (داء الافرنج) كما ان تفاعلات بائرد كا وكلت وماسول الموجهة الى تشخيص السل ايجابية ايضاً في المصابين بالخلق والسليمين من السل . وعليه يترتب علينا ان نسير بموجب وصية جانسلم الرشيدة ونعالج الخلق اولاً لأن المواد الزرنيخية لا تمحو البتة تفاعل ايتنار في المجدومين .

٦ - زرع المحصولات المرضية والتلقيح بها

ان ما اوردنا سابقاً يكفي لاظهار المشابهات الشديدة بين السل والجذام بما يختص بتحريات الخاير . فان العصيتين متشابهتان بصفتانها الاشكالية (Morphologique) والصباغية وتفاعل روجه الآحيني وبالتفاعل المصلي وبالمسكن هذا اذا استثنينا ان عصبية هنزن تكون وحدها في مفرزات الانف المخاطية . وجميع هذه المشابهات تعيد التشخيص التفريقي كبير الصعوبة في بعض الحالات حتى ان الامر يدعوا اخيراً الى زرع المحصولات المرضية والتلقيح بها لوضع التشخيص .

ان عصبية كوخ كما هو معلوم ثبت جيداً في بيئة (بروف) وان تلقح القبعة بالمحصولات السلية مشتمل كل الاستعمال وقد تناولته السريريات بعد ان اثبتته الخاير . بيد ان عصبية هنزن ليست كذلك لأن جميع التجارب المتعددة المتكررة التي قام بها عدد من المؤلفين بغية زرع

هذه العصية والتلقيح بها لا يزال الشك مخيماً عليها ولا تزال نتائجها غامضة وهذه خلاصة ما قيل في احد المؤتمرات الدولية عن الجذام .

٧ - النتيجة

متى كانت الاعراض السريرية غامضة لا تكفي لوضع التشخيص التفريقي يترتب علينا ان نستند على الامور التالية :

١ - بادرة عصبية كوخ وكثرة عصبية هنزن في المستحضرات الملونة بزيل نيلسن

٢ - انتظام عصبية هنزن حزمياً

٣ - وجود عصبية هنزن في مغرقات الانف المخاطية وخلو عصبية كوخ منها

٤ - تلقيح القبعة بالمحصولات المرضية وسلامة هذا الحيوان متى كانت الآفة جذامية واصابته بالسل متى كانت سلية ويعرف ذلك بظهور هذه الآفات في كبدة القبعة وطحالمها في اليوم الخامس والاربعين من اجراء التلقيح

٥ - بالتفاعلين المصلي والآحيني لا يتنازع ووجهه غير انه ليس لهذين التفاعلين شأن التحريات الاخرى في التفريق بين السل ومرض اعازر .



آخر ما وصلت اليه المعالجة في العلل العصبية

الافرنجية الطيفة

{ جود اساذل سر يريات العصبية في المعهد الطبي بدمشق
 مار طيبب المستشفى العسكري بدمشق
 حسني - سيج رئيس السر يريات الباطنة في المعهد الطبي بدمشق

١ - مظاهر الافرنجي الارقي العصبية

٢ - معالجة الافرنجي العصبي في الكحل

٣ - معالجة التابس (Tabès)

٤ - معالجة اللال العام

مظاهر الافرنجي الارقي العصبية

ان معالجة هذه المظاهر كمعالجة الافرنجي الارقي .

الملاجات المستعملة هي :

أ - الزئبق : هو علاج كبير الفائدة في الافرنجي الارقي غير ان

المعالجة به تستدعي الصبر الطويل وهو يستعمل :

أ - دلكا فيوصف :

{ سرم الزئبق
 شحم الخنزير

من كل ٢ غرام

لخرطوشة واحدة تصنع عشرة نظيرها و يدلك بواحدة مرة في اليوم

ويثابر على الفرق ٨ - ١٠ ايام

كيفية ذلك : خير وقت لذلك المساء قبل النوم والنواحي المتبعة هي : وجها الفخذين الانسيان والحفرتان المأبضيتان وثيتا المرفقين على ان تختار كل يوم ناحية غير الناحية التي دلكت في اليوم السابق ومدة ذلك خمس دقائق . ثم تستر الناحية بقطن ويلف عليها رباط مثبت وتغسل في اليوم التالي بالماء الفاتر

ب - بطريق الفم : يستعمل محلول فان سويتن (وهو محلول ثاني كلورور الزئبق ونسبته واحد الى الف) تعطى منه ثلاثون قطرة في اليوم مع الرضعات (فلو فرضنا ان الطفل يرضع عشر مرات في اليوم لأصاب كل رضعة ثلاث قطرات)

واذا سبب المحلول المذكور اسهالاً يستعاض عنه بلبنة الزئبق ونسبته ١٠٠٠ - ١ (مارفن) وجرعته عشر قطرات ثلاث مرات في اليوم وتزاد كمية محلول فان سويتن ولبنة الزئبق متى تجاوز الطفل الستين واعى القاعدة التالية :

الجرعة	السن
٤٠ - ٥٠ قطرة	سنة ٢
ملعقة قهوة	٣ - ٧
ملعقتا قهوة	٧ - ١٠
٣ - ٤ ملاعق قهوة	١٠ - ١٥

وتعطى هذه الكميات ٣ - ٤ دفعات مع اللبن :

وتراقب دائماً عوارض التسمم فنقطع المعالجة حين ظهورها .

٢ - اليزموت : هو علاج حسن التأثير يتحملة الطفل جيداً وفوائده

كبيرة في التهاب السحايا المسبب عن الافرنجي الارثي ويستعمل منه :
الموتانول (Muthanol) (حمض البزموت المائي - Hydroxyde de bismuth) ربع م . م ثم نصف ، ثم ثلاثة ارباع كل ٤ - ٥ ايام
 حقناً في عضلات الالية .

وتجوز المثابرة مدة طويلة على هذه المعالجة على ان تلاحظ علامات
 التسمم البزموتي (ولا سيما التهاب اللثة البزموتي)
 ٣ - الزرنيخ : يستعمل أ - حقناً : ان حقن أو ردة الاطفال بملاح الزرنيخ
 متعذر ان لم يكن مستحيلاً ولم يدخل في الاستعمال حتى الآن حقن الوريد
 الوداجي الظاهر ولا الجيب الطولي العلوي على الرغم من شدة الحاجة الية .
 ويستعمل من الزرنيخ :

أ (السولفارسنول Sulfarsénol (Pluchon) : مشتق من الثيل
 الكبريتي للزرنيخ البانزيني وهو اخف فعلاً من النوفارسنوبانزول (٩١٤)
 ولكن فوائده حسنة للغاية . ومن حسناته انه يستعمل حقناً تحت الجلد
 فيحقن به تحت جلد البطن ما بين السرة والشوك الحرقفي الامامي العلوي والمائة
 والسولفارسنول مسحوق اصفر يذاب قبل الاستعمال في الماء المقطر .
 والحباب (Ampoules) المحضّر بها تحتوي على المقادير الآتية
 (مقادير للاطفال)

a (٥ مليغرامات b) . ستغرام واحد c (١٥٠ ستغرام
 d (ستغرامان e) ٣ ستغرامات .

يبدأ بالمقادير الصغيرة ٣ - ٥ مليغرامات ثم تزداد الكمية زيادة

تدريجية حتى ١-١٥ سنتغرام لكل كيلو من وزن الطفل (مارسل بينار)
(Marcel Pinard)

وكيفية المعالجة هي اجراء حقتين في الاسبوع من المقادير الخفيفة وحقنة واحدة في الاسبوع من المقادير الثقيلة . وبمجموع هذه الحقن يجب ألا يتجاوز الستة ثم ينقطع المريض عن المعالجة شهراً واحداً ويعود بعد انقضاءه فيحقن بست حقن اخرى كما في السابق ثم ينقطع شهراً ايضاً وتجري له ست حقن للمرة الثالثة اذا قضت الحاجة

ب) بطريق الفم = يستعمل الزينج بطريق الفم في الاطفال والرضع بشكل علاجين جديدين أدخلوا حديثاً في فن المداواة .

١- التربرسول (Tréparsol) ^(١) جرعته في الرضع ٠.٠٢ .
سنتغرام لكل كيلو من وزن الطفل مذابان بقليل من اللبن ويمطاهما الوليد مع الرضاعة او بالمعلقة مثال ذلك ٠.٦ سنتغرامات لولد وزنه ٣ كيلو غرامات و ٠.٨ سنتغرامات لولد وزنه ٤ كيلو غرامات وطى هذا مقدس وقد استحضرت منه حبوب في كل منها من ٢-١٠ سنتغرامات ولا يثابر على هذه المعالجة مدة طويلة بدون انقطاع وانما يعطى من العلاج اربعة ايام ثم يقطع ٣ ايام ويعاد اليه مرة ثانية وهكذا يكون الاستمرار على هذه المعالجة المتقطعة شهراً او اكثر من ذلك ممكناً اذا اقتضى الامر .
٢) الستوفرسول (Stovarsol) ^(٢) : يستعمل في الحالات التي

(١) من مستحضرات معمل Lecoq et Ferrand. Neuilly-sur-Seine

(٢) من مستحضرات معمل Poulenc Frères , Paris

استعمل بها التريرسول وحسب الطريقة نفسها ويجوز ان تشرك المعالجة
البزموتية او الزئبقية مع التريرسول او الستوفرسول

و يجدر بنا ان نصف معالجة زرنخية—زئبقية مشتركة كبيرة الفائدة
في الاطفال سهلة الاستعمال تعطى بطريق القم نغني بها شراب لودن
(Sirop de Ludin) (١)

ان نتائج هذا العلاج باهرة في مداواة الاطفال . واما جرعته المختلفة
فذكورة في الشهادة الملحقة بقنينة العلاج وهذه المعالجة تبقى سرّاً مكتوماً
لأن اسم الدواء الافرنجي لم يذكر على القنينة ولا في الشهادة
٢ — مداواة الافرنجي العصبى في الكهل .

ان استقرار البريمات في الجهاز العصبي حادثة مخيفة تجعل مستقبل
المصاب محفوفاً بالخطر . وخير ما يستعمل في اثناء هذا العارض هو ان يعالج
المصاب معالجة فعالة منتظمة وان يثابر عليها مدة طويلة .
ومتى طرأت هذه الحوادث العصبية الافرنجية كان ظهورها لعيني
الطبيب بشكاين مختلفين :

(١) بشكل حاد يهدد حياة المريض بعد مدة وجيزة (كالتهاب
السحايا الافرنجي — في الدور الثاني و كالشلل النصفي السفلي الشوكي الحاد
لأرب (Erb) . ٢ — بشكل لا يلقي المريض في خطر مدام ولكنه
يهدد حياته دائماً بالموت وان آجلاً كالتهاب والشلل العام في دوره السابق
للسريرات

فهذان الشكلان يجب مكافئتهما بسرعة مع المثابرة على هذا النضال مدة طويلة .

اما في الحالة الثانية فتعالج الامراض المستقرة والسائرة سيرا سريريا منذ سنوات عديدة (التابس والشلل العام والفلوج الشقية القديمة الافرنجية) .
ويبدأ بالمعالجة مع ما امكن من السرعة على ان تكون المقادير خفيفة والمدة طويلة .

وتستعمل الادوية الاربعة الاساسية المضادة للزهري بالتناوب او مشتركة اثنين فائنين او ثلاثة فثلاثة (الزرنيخ ، اليود ، الزئبق ، اليود ، الزرنيخ البزموت) وذلك املاً بالوصول الى البريمات التي تكيست في اعماق السحايا .

واما في الحالة الاولى . — فيجب ان تكون المعالجة اسرع واشد ولهذا تستعمل الادوية الفعالة .

فيستعمل من الزرنيخ النوفارسنو بنزول .

واما القواعد التي تتركز عليها هذه المعالجة فهي :

١ (البدء بمقدار خفيف وبلوغ الحد الاقصى بسرعة لان هذا المقدار القوي وحده كفيل بالنجاح وتوصلاً الى ذلك تقصر فترات الحقن فعوضاً عن ان تفصل الحقنة الاولى عن الثانية ثمانية ايام ننظم هذه الحقن بنظماً يحمل مقدار النوفارسنو بنزول اليومي ٠.٦١٥ سنخراًماً .

مثال ذلك :

الشهر الاول	الشهر الثاني
اليوم الأول ٠٦١٥	اليوم الاول ٠٠٩٠
: الثاني ١٧ :	: ٢ :
: الثالث ٠٠٣٠ ١٨ :	: ٣ ٠٠٩٠ :
: الرابع ١٩ :	: ٤ :
: الخامس ٢٠ :	: ٥ :
: السادس ٠٠٦٤٥ ٢١ :	: ٦ ٠٠٩٠ :
: ٧ :	: ٧ :
: ٨ :	: ٨ :
: ٩ :	: ٩ ٠٠٩٠ :
المجموع ٠٠٦٦٠ ١٠ :	
: ٨٥ و ١١ :	
: ١٢ :	٠٠٩٠ ٢٧ :
: ١٣ :	٢٨ :
: ١٤ ٠٠٦٧٥ ٢٩ :	
: ١٥ :	٣٠ :

اما اعظم مقدار يجب الحقن به فيتنوع حسب وزن الشخص . ويجب ان يعادل ٠٠٦١٠ ستغرامات لكل كيلو من الوزن وألا يتجاوز هذا الحد واما مجموع هذه المقادير فيجب ان يعادل العشر المكعب من وزن الشخص . فلو فرضنا ان وزن الشخص ٦٠ كيلو غراما لا يمكنه ان يتناول ٦ غرامات من النيو او كان وزنه ٨٠ كيلو غراما لكانت الكمية ٨ غرامات . وعلى هذا قس وتدعم هذه المعالجة الاساسية بمعالجة تقويتها وهي مركبات البزموت والزئبق .

البزومت . - ان مركبات البزومت كثيرة ويستعمل منها ايود بزموتات الكينين المسحى في التجارة كمي (Quinby) اوروبيل (Rubyl) وقد مددت هذه المركبات البزومية بسواغ زبتي فاذا سخنت الحبابة في حمام ماري اقبل الاستعمال سهلت ملاء المحقنة بالمحلول

وتصنع من هذه الحقن سلسلة مؤلفة من ١٥، ١٢ او ٢٠ حقنة في عمق العضلات في القسم العلوي من الفخذ في الناحية المتوسطة من خط يصل الشوك الحرقفي الأمامي العلوي بذروة الالتواء الالوي وتصنع منها حقنتان في الاسبوع . ولا بأس في استعمال الحقن البزومية في اليوم الذي تجرى به حقن النيو تجاشياً لازعاج المريض واذا لم تكن مستحضرات البزومت موجودة يستعاض عنها بكيانوس الزئبق فيحقن منه الوريد كل يومين بمقدار ٠،٠٢ . مستغرام وتقطع المعالجة متى طرأت اسهالات شديدة مدمية ويعطى المريض حيثئذ شراباً مركباً من البزومت والافيون فينقطع الاسهال في الحال وبعد انتهاء هذا الدور العلاجي ماذا يصنع ؟

بعد الانقطاع مدة قصيرة لا تتجاوز ٣ - ٤ اسابيع يشرح بدور دوائي جديد شبيه بالاول مع ابدال الزئبق بالبزومت حذراً من عودة البريميات منبعا على الزئبق والبزومت .

ويجري دور دوائي ثالث مع مراعاة الشروط نفسها (زرنينج و بزموت) وبه تتم السنة الاولى . ويجب ان يجرى تفاعل واسرمان على دم المريض في ذلك الحين .

ولا بد من وقوع امرين حيثئذ :

(١) اما ان يبقى التفاعل ايجابياً

فتعاد المعالجة على الكيفية السابقة وبعد انتهاء كل دور دوائي يجرى تفاعل واسرمان وتقطع المعالجة حينما يغدو التفاعل سلبياً

(٢) واما ان يكون التفاعل سلبياً

فيستحسن في هذه الحالة اجراء دورين دوائيين من النيو (النيو والبزموت) اجتناباً لتكرار الطوارئ العصبية الوخيمة التي دعت الى التوسط الدوائي .

وتجرى بين الدورين معالجة زئبقية بملاح الزئبق غير المنحلة كاستعمال الاركاريتول (Arquérito) (مزاج الزئبق والفضة) (فيجييه Viglier) او الزيت السنجابي بنسبة ٤٠ بالمائة الذي يستدعي استعماله محقنة خاصة (محقنة بارتالامي Barthélemy) فكل خط من المحقنة بمبادل ٠.٠١ سنتغرام من الزئبق . يحقن منه كل اسبوع بثنائية خطوط اي (٠.٠٨ سنتغرام) وتوجد في التجارة حباب (امبول) من الزيت السنجابي مثقنة كل اللتان ومصنوعة بمهارة يمكن الطبيب بها ان يحقن من الزيت السنجابي بالكمية التي يريد بها دون ان يحتاج الى محقنة خاصة وعدا ذلك فلهذه الحباب حسنة اخرى وهي انها تقي المريض المتعفن .

ويستخضر لافاي (Lafaye) زيتاً سنجايباً اقل كثافة من زيت دستور الادوية (كودكس) اي عشرة بالمائة يسهل الحقن به بمحقنة (لوير) العادية

واذا بقي هذا التفاعل سلبياً يستحسن ان تلاحظ السحايا قبل تخفيف

المعالجة وذلك باجراء بزل قطني وفحص السائل الدماغي الشوكي كيميائياً
(معايرة الاحين) وحيوياً (المعاينة الخلوية ، تعداد العناصر ، تفاعل
واسرمان على السائل الدماغي الشوكي والتفاعل الجاوي الغروي)
(R.du benjoin colloidal)

واذا كانت نتيجة فحص السائل الدماغي الشوكي طبيعية يكتفى باجراء
مداواة احتياطية كل سنة بمر كبات البزموت (يود بزموتاة الكينين ١٢ -
١٥ حقنة) حقنتين كل اسبوع وبالزئبق والزيت السنجابي او الاركاريتول
حقنة واحدة في الاسبوع (والدور الدوائي ثنائي حقن)

واما اذا كان تفاعل واسرمان ايجابياً في السائل الدماغي الشوكي او
اذا كان الاحين فيه متزايداً والخلايا كثيرة فيجب ان تعاد المعالجة الفعالة
ولا تترك الا متى عاد التفاعل سلبياً والصيغة الخلوية طبيعية .

يودور البوتاسيوم . — هو دواء مفيد في الآفات التصلبية الصغمية
كافة وله في التهابات السحايا التصلبية الصغمية مكانة خاصة .
ويستعمل بطريق الفم وجرعته ٤ غرامات يومياً .

وهذه وضفة فيها هذا العلاج :

يودور البوتاسيوم ٢٠ غراماً

ماء مقطر ٣٠٠ غرام

كل ملعقة طعام تحتوي على غرام من اليودور

الطوارئ التي يمكن حدوثها في اثناء المداواة اليرينجية

ان الثوفارسنوبانزول علاج شديد التأثير الا انه قد يسبب خطراً

شديداً اذا أُسيء استعماله ، فيترتب علينا ان نحسن استعمال هذه الحقن وان نلم بجميع الطوارئ التي قد تقع حين الاستعمال
كيفية الدور الدوائي الزرنيخي

ان النوفارسنوبانزول او النيوسلفرسان او (٩١٤) يباع بحباب معلقة وتوجد في فرنسا (ماركات) متعددة لهذا المستحضر اهمها ما يلي :

Le novarséno Benzol (Billon)

Le sanarséno Benzol (Carrion)

Le metarseno Benzol (Secca)

Le Tréparsenan (Clin)

Le Rhodarsan (Usines de Rhône)

وهو مسحوق اصفر رائق كثير الانحلال في الماء . يتنوع صفاء لون محلوله او اشباعه بالنسبة الى المعامل ويجب ان ننبذ جانباً كل حبة قد أشبع لون المسحوق فيها ولا سيما متي كان محمراً . لأن هذا دليل على تبدل هذا العلاج اما لانشقاق الحبة وانسلاخ الهواء اليها او لعدم اخلاء الهواء منها اخلاء تاماً . ولا يخفى ان هذا الدواء يتلف بلامسة الهواء ويجب ان ينتبه جيداً للون المحلول وان ينبذ خارجاً كل محلول غير شفاف .
ويميل هذا الدواء في الماء المكرر النقطير بنسبة ١ سم . لكل ١٥ سم . من النوفار .

وتصنع الحقنة في الوريد حسب الطريقة المعتادة . ويجب ان يكون المريض قد امتنع عن الطعام منذ ثلاث ساعات على الاقل قبل ميعاد الحقنة . ويتحتم عليه ان يظل منقطعاً عن الطعام ايضاً بعدها ثلاث ساعات

الطوارئ الموضعية : تنشأ من خطأ الحقن لأن المائع اذا لم يكن في الوريد كوى الذسيع بشدة فاحث فلغصونا كاذباً قد ينتهي احياناً بالتفرح دون ميل الى الندب وبقى كذلك شهرين او ثلاثة او اربعة اشهر وتجنب هذه الطارئة بحقن الوريد نفسه وذلك بعد ان يتحقق الطبيب أن ابرته في الوريد ويعلم ذلك من عودة الدم الى الحقنة فاذا اشعر المريض في اثناء الحقن بألم شديد يستدل به على ان الحقن واقع خارج الوريد فيوقف حالاً وتستخرج الابرة . واذا كان قد انصب بعض المائع تحت الجلد تحقن الناحية بحقنة معقمة بقليل من الماء المقطر ثم يمتص المائع وتعاد العملية عدة مرات حتى يسحب معظم النوفار .

الطوارئ العامة : هي اشد وخامة وتقسى الى طوارئ سمية وطوارئ

غير سمية .

{ نفاعل هر كزايمر
 التفاعل العام
 الافرنجي التاكس
 الطوارئ غير السمية
 حسية الاتجاه الحيوي (Biotropisme)

(١) نفاعل هر كزايمر . - وهو نتيجة عراك القوعة الافرنجية والنوفار . ولا يشاهد الا في الافرنجي المستصبي على المداواة وحين استعمال مقادير غير كافية . ويشاهد منه الاشكال الآتية :

شكل نفاعل موضعي ، جلدي مخاطي وهو ما يشاهد غالباً في اثناء الطوارئ الابتدائية والطوارئ الثانوية . (انتباج القرحة الذي يستمر يومين او ثلاثة ايام ثم يخف ، ازدياد احمرار الحطاطات والاندفاعات

الوردية او هجمة اللوحات المخاطية او ازدياد اتساع الصمغ)
اما التفاعلات العامة او الحشوية فهي ما يهمننا اكثر من سواها لأن
ظهورها متغلب في الجملة العصبية . وهي شلل اعصاب الفحف ، شلل
قد يصيب الأزواج ٢ ، ٣ ، ٧ - ٨ ويحدث هذا الشلل مساء الحقنة
او في اليوم التالي لها وهو تفاعل التهاوي يقع في محيط العصب على اثر
فعل العلاج .

اما الشلل الوجهي فيعمل بالتهاب العظم والسمحاق الخفي الكائن في
دهليز فلوب و بازدياد هذا الالتهاب عقب الحقن وضغطه للعصب الوجهي
فليس السبب في وقوع هذا الشلل اذن فعل الدواء المسم لأن اعراض
الشلل تزول بالثابرة على المعالجة .

وربما ظهر تفاعل هر كزايم بعوارض فلج شقي او سفلي نصفي
فيجب ان يثار على المعالجة متى ظهرت هذه العوارض ايضاً وان
يستعمل البزموت والزئبق على الاقل .

٢) التفاعل العام : يشعر المريض بعد الحقنة بنصف ساعة او ساعة
ببرودة ونافض وتبقى هذه الاعراض ربع ساعة او نصفها وقد تستمر ساعة
كاملة أحياناً يصحبها عرق غزير كما هي الحالة في نوبة البرداء ولا يعترى
المريض قي ولا اسهال وانما يصاب أحياناً بصداع وتبدأ الحرارة التي تكون
قد بلغت ٣٩ - ٤٠ او ٤١ بالمهبط هبوطاً تدريجياً وتعود طبيعية بعد
٧ - ٨ ساعات .

ولا يشعر المريض في اليوم التالي الا بتعب خفيف .

ولا يشاهد هذا التفاعل الا في الحقنة الاولى وقد يتجدد في الثانية او الثالثة . وربما وقع هذا التفاعل كلما زيد المقدار . فيكون المريض حيثئذ ممن لا يخضعون للمعالجة الزرنيخية .

(٣) الافرنجي الناكس : ربما حدث التهاب العصب البصري (الزوج الثاني) او العصب السمي (الزوج السابع) وتقع هذه الطوارئ بعد بدء المعالجة بخمسة او ستة اسابيع . وهي تظهر في الاعصاب المعابة بالافرنجي فقط اما لنفاد المعالجة التي عولج بها المريض او لنقصها .

(٤) طوارئ حسية الاتجاه الحيوية (Acc. biotropiques) : ان النوفار الذي يتصف بفعاله الشديد المضاد للبريميات الافرنجية يتميز أيضاً بكونه منبهاً لسائر الجراثيم الكامنة التي قد تكون موجودة في المريض . فقد يوقظ نشاط الجراثيم المقيحة (المكورات العنقودية ، والعقدية « استافيلوكوك وستربتوكوك ») فيصاب المريض بهجمة داء الدمامل او الحمرة فتزول هذه الهجمات زوالاً تدريجياً وقد تستمر طويلاً .

الفوعة غير المرئية . — قد تقع هجمات عقابيل (Herpès) او داء المنطقة (زونه) وهي آفات سببها حسية الاتجاه الحيوية للفوعة الراشحة النوب البردائية : ولا يستغرب ان تحدث نوبة بردائية اذا كان الشخص المحقون ممن أصيبوا بالبرداء المزمنة يصحبها ظهور المصورات (Plasmodium) في الدم وسبب ذلك أيضاً يقظة الجراثيم الكامنة وتزول هذه العوارض بالكينين .

الاندفاعات الاحمرارية في اليوم التاسع . — تظهر على الطرز الآتي :

شخص أجريت له حقنة نوفارفاسيب في اليوم الخامس او السادس بحسب (٣٨ ، ٣٩ ، ٤٠) يصحبها صداع شديد وآلام مفصلية وفيه وتستمر هذه العوارض يومين او ثلاثة ايام ثم يظهر في اليوم التاسع اندفاع احمراري متنوع المظاهر وتكون هذه الاندفاعات في ٨٠ بالمائة من الحوادث قرمزية الشكل (Scarlatiniforme) وتستقر على الجذع وبقي الجلد جافاً ثم تهدد الاعراض العامة فتنبط الحرارة هبوطاً تدريجياً ويعود المريض الى حالته الطبيعية خلال اربعة الى ثمانية ايام .

وتحدث بعد الحقنة التالية نوبة جديدة اخف من الاولى اما الحقنة الثالثة فتعمر بدون طارئ وسبب هذه الاندفاعات الاحمرارية عفني في الغالب فكثيراً ما يكون المريض قد أصيب بالتهاب البلعوم الخفيف فمرّ دون ان يشعر به . ويعلم ان تكون هذه الطوارئ وافدة فيدعونا هذا الى الانتباه للبيئة التي يعيش فيها المريض .

وقد تكون الاندفاعات الاحمرارية احياناً حصية او وردية الشكل (Rubéoliforme) او احمراراً كثير الاشكال او هجمة شري (Urticaire) وهي مما ينبوع شكلها ناجمة من حالة جرثومية كامنة .
الطوارئ السمية :

١ — الطوارئ السمية الخفيفة : تقع في اثناء الحقن . يكثر المريض من رائحة العلاج فيسده انفه ويشعر بغثيان ، وفي وفراز اني غزير وسيلان الدمع واللعاب و يتبغض الوجه ويتسرع النبض او ينقطع (وهذا عرض مهم)

وربما انثابت المريض الحمي بعد كل حقنة خلافاً لما رأينا في تفاعل هر كزايمر

٢- النوب نظيرة النيتريدية (Crises nitritoides) تظهر في انثناء

الحقن او بعده . وتشبه الاعراض التي تحصل بعد استنشاق نيتريد الاميل

وهي تظهر في انثناء الحقن اذا كان الحقن سريعاً وبعد الحقن اذا كان

الحقن بطيئاً في الدور الاول او الدور التبعي يشعر المريض بانزعاج وينقطع

نبضة ويحس بطم الاثير الحريف في فمه ويعتريه سعال ناجم من تدغدغ

البلعوم ويشعر بوخز في الشفتين واطراف القدمين واليدين .

وتكون الملتهحات متباعدة والوجه متورداً وقد نثفخ الاجفان .

وفي الدور الثاني او دور الغشي تضعف النبضات الكعبرية ويخسف

الوجه وقد يعود شبيهاً بالرصاص ومماثلاً لوجه المصاب بالتهاب الخلب

ويكثر القيء ويستمر هذا الدور نصف ساعة او ساعة كاملة . ويبي

المريض كل ما يجري حوله ولكنه يبتى جامداً بدون حراك . ثم تزول

هذه العوارض فيتورد الوجه وتعود الحالة طبيعية وقد ذكر بعضهم بعض

حوادث موت متى اجريت الحقنة بسرعة ولكن هذا نادر .

وقد تظهر هذه النوبة بمظهر مختلف بعض الاختلاف عن المشهد

السابق فقد لا يظهر دور التبعي ويكون شحوب الوجه متغلباً ويسمى هذا

النوع النوبة نظيرة التبريدية البيضاء . وقد تستقر النوبة في نقطة فتبدو

آلام شديدة في حفرة المعدة والسرة يصحبها غصص واسهال غزير وهذه

النوبة تسمى النوبة البطنية .

واذا استقرت النوبة في حبل الطبل كان الالام غزيراً مدمماً وقد

يكون في بعض الاحيان دماً صرفاً

فما سبب هذه النوب نظيرة النيتريتيه ياترى ؟

يعود السبب الى الدواء المستعمل والى المريض المعالج .

أ) الدواء : قليلة هذه النوب متى استعمل (٩١٤) وكثيرة في (٦٠٦) فهي لا تعادل الا خمسة بالمائة في المستحضر الاول . وتزداد النسبة حتى تصل الى خمسين بالمائة متى فسد تركيب العلاج او كان استحضاره سيئاً وهذا يدعونا الى قيد رقم الحجابة التي نستعملها في كل حقنة حتى اذا كثرت الطوارئ في الاشخاص المعالجين نبذنا جانباً الحباب التي تحمل تلك الارقام

ب) الشخص : ان الاشخاص الذين لا يتعملون هذا العلاج يكونون في الغالب مصابين بمحوضة خاصة في الاخلاط واما الاشخاص الذين تكون قلوية اخلاطهم متزايدة فلا يصابون مطلقاً بالنوب نظيرة النيتريتيه .

معالجة النوب نظيرة النيتريتيه

نتقى النوب المذكورة باستعمال محاليل ممددة واجراء الحقن يبطئ .
فاذا حدثت النوبة حين الحقن يقطع دابرها بتوقيف الحقن فوراً .
وللادوية القابضة للاوعية تأثير شديد في النوبة متى حدثت .
فالادرنايين والنخامين (المبيوفيزين ، خلاصة الفص الحثافي للغدة النخامية)
يتصفان بهذا الفعل الحسن ويستعمل بعض الموءلفين الادرنايين كواقى .
وانها لطريقة حسنة ولكنها ليست ضرورية الا متى كانت مقادير النوبا
كبيرة : تكسر حجابة الادرنايين (اس . م . من المحلول الالفي) وتصب

في نصف قدح من الماء وتشرب ببطء قبل اجراء الحقن بنصف ساعة .
 اذا طرأت على المريض طوارئ عدم التحمل يحقن عضله يستثمر
 مكعب واحد ادرنالين اذا كان مقدار العلاج المستعمل قريباً من المقدار
 المسموح . ولا يستحسن استعمال مقدار زائد من النوفار ولو تقدمه الحقن
 بالادرنالين .

ومتى حدثت النوبة يمتنع عن الحقن ويحقن تحت الجلد او العضل
 يستثمر مكعب من محلول الادرنالين .

السكتة المصلية (Apoplexie Seréuse) :

وهي اشد الطوارئ وخامة . ولا تظهر قبل اليوم الثالث من الحقن .
 تبدو بشكل صداع شديد جبهى في البدن ثم يعم الصداع الرأس جميعه
 وتصحبه نوب صرعية منفردة غير انها لا تلبث ان تصبح متصلة
 (Subintrante)

وبعد مضي ٤-٥ ساعات يقع المريض في السبات . والموت بعد هذا
 العارض معادل لـ ٩٥ بالمائة من الحوادث واستمرار هذه الاعراض كلها
 لا يطول اكثر من ١٢-١٦ ساعة ولدينا علامتان تمكنا بنا من الوقوف على
 معرفة السكتة المصلية وهما : ارتفاع التوتر الدموي الذي يبلغ ٢٤،٢٠،١٩
 وارتفاع الحرارة (٤٠،٤٠،٤١) مع بقاء النبض طبيعياً .

فاذا استعمل الادرنالين منذ بدء النوبة ينجو المريض من الخطر لأن
 الادرنالين في هذا الدور التبيني يؤثر تأثيراً حسناً وهذا قبل الوصول

الى دور الانصبابات المصلية . واما في دور السبات وحين حدوث الانصباب المصلي في البطينات وفي النضاء تحت العنكبوتي فليس للادرناين اقل تأثير وتستعمل من الادرناين متى طرأت هذه الطوارئ الخيفة مضاعف كبيرة دون اقل خوف وبلوغ ٨ س ٠ م من محلول الادرناين اي ٨ سنتغرامات في ٢٤ ساعة جائز .

ومتى هبطت الحرارة وعاد الضغط الى حده الطبيعي كان الأمل بشفاء المريض موجوداً .

اليرقان :

هو طارئٌ باكر وقد يعقب الحقن مباشرة وبتبدئ الدور السابق لليرقان عادة عقب الحقن مباشرة ويتصف بنوافض وحمى ، وشرى واندفاع . ثم يدخل المريض بعد يومين الدور اليرقاني الذي يمكن ان يظهر بمظهرين : النوع تحت اليرقاني يستمر بضعة ايام دون ان يزول لون البراز او ثمر الاصبغة الصفراوية الى البول . وهو يرقان حقيقي مع زوال لون البراز وظهور الاصبغة الصفراوية في البول . وهذا اليرقان الباكر سليم العاقبة ولا ينتقل الى يرقان وخيم الا في الاحوال النادرة .

اما اليرقان المتأخر فانه يحدث بعد مضي بضعة اسابيع او اشهر على المداواة الزرنيجية . يتبدئ بتشوشات معدية معوية مختلفة شبيهة بالتي تقدم اليرقان المزلي فيتظاهر اليرقان بشكل تحت اليرقان او يرقان نزلي او يرقان يصحبه التهاب الاوعية الصفراوية وحمى ذات اهتزازات كبيرة

ويندر ان يأخذ شكل اليرقان الوخيم ،
ويكون اليرقان في اغلب الاحيان يرقاناً سليماً ووظائف الكبد
الطبيعية سالمة .

ويستمر المرض ٤-٦ اسابيع . ويشفى المريض بسرعة ولكن
التكس ممكن

ومهما كانت هذه الطوارئ الكبدية خفيفة فان انذارها بجدي يستدعي
الاهتمام واليقظة في استعمال الادوية الزرنيخية .

احمرار الجلد المتقشر او الحويصلي الودعي :

لا تظهر هذه المضاعفة في بدء المعالجة بل حين الحفنة الخامسة او
السادسة اي حينما يكون الشخص قد اشبع بالزرنيخ .

العرض الاول هو الحكة التي تستقر في الساعدين او في الطرفين
السفليين ويصحبها احمرار ووذمة وانباج الاجفان . ويظهر على الاحمرار
المذكور عنصر حويصلي فيصبح المريض محمراً من القدمين حتى الرأس
وترتفع الحرارة ويزداد الوزن بسبب الاحتباس المائي ويعود لون
البول مشبعاً

وربما يشفى هذا الاحمرار بالتوسف البسيط او يتقلب الى غثلة (اكزما)
او تضاف اليه تعفّنات بالمكورات الصنودية او البقدية ومتى هبطت الحرارة
وازداد البول وتقص الوزن كان الانذار سليماً واما اذا فسدت الحالة العامة
وأثنت الاحمرار اثباتاً ثنوياً وصنبه التهاب المتحممة القيحي فالانذار وخيم

اذن يجب قطع المعالجة الزرنيجية كلما شك المريض حكة شديدة واحمراراً في جلده مستقراً في الساعدين . ومتى ظهر الاحمرار يعطى المريض علاجات مبهولة

يعطى من التيوبورومين (١٥ غ يومياً في ٣ برشانات) ونقص كمية السوائل ويحذف الملح من طعام المريض ويعطى الادرنالين بطريق الفم (٩٠ قطرة يومياً من المحلول الالفي على ثلاث مرات)

ويجب ان تراعى شروط النظافة مراعاة دقيقة فتبدل الاغطية يومياً ويحتمل لمس المريض على قدر المستطاع ثمناً لتلوث آفاته الجلدية . وكثيراً ما يبقى بعد الشفاء اثر صباغي فيشبه المريض المصاب بمرض آديسون ولكن هذه الاصابة تزول مع الزمن . وتضمحل المنعكسات الوترية احياناً وذلك ناجم من التهاب الأعصاب الكثيرة النائي من التسمم الزرنيجي .

التهاب الاعصاب الكثيرة الزرنيجي :

يجوز ان يعقب هذا الالتهاب احمرار الجلد المتوصف كما مر ويظهر بشكل تمدل في الاطراف يصحبه اضمحلال المنعكسات الداغصية (الرضفية) او احد هذه المنعكسات . ويتميز هذا الالتهاب عن التابس ببقاء المنعكس الحدي وسلامة السائل الدماغي الشوكي ولا تشبه فيه الاختلالات الحسية الآلام الراحة في التابس ولا بأي حال من الاحوال .

--- العوارض النزفية : ---

ان هذه الطوارئ نادرة . تظهر بشكل داء القرفير (Purpura)
 العام المقرون بانزفة تقع في الاجزاة كلها (في الدم ، النزف المعوي البيلة
 الدموية) وكثيراً ما توجد والنوبة نظيرة النيترينية في آن واحد او تكون وحدها
 وهي ناشئة من آفة في الاعضاء المولدة للدم والمرضى الذين يصابون
 بداء القرفير هم من زمرة المصابين بداء الاستعداد للنزف (Hemophilie)
 فالادرنا لين الذي هو الدواء الناجع في النوبة نظيرة النيترينية وفي السكتة
 المصلية ينجم هنا اذا استعمل باكرآ وكانت كميانه وافية .
 ويجب الاحتراز من استعمال البتين (كافئين) الموسع للاوعية لأن
 فعله مضاد لفعل الادرنا لين .

(النشمة في الجزء الآتي)



معالجة الدوالي وقروح الساقين الجراحية

للحكيم لومر كل استاذ السريريات الجراحية والنسائية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

أعلم حق العلم انكم مطلعون كل الاطلاع على معالجة الدوالي بالحقن المصلبة وهي الطريقة التي احيائها سيكار بعد ان اوجدها منذ عهد طويل يرافاز في ليون سنة ١٨٥٠ في تلك السنة التي استنبط بها محفته لمعالجة التهاب الدم (Anévrysmes) بهذه الطريقة ولكن فلتترك مستشفى نسكر الذي خصص منه جناح لمعالجة الدوالي الدوائية بطريقة سيكار ولنسيم مستشفى آخر قريباً منه أريد به مستشفى الشفقة حيث يعالج داكومب ودانكر الدوالي معالجة جراحية .

ليست المعالجة واحدة في جميع انواع الدوالي ولا الجراحة ناجمة في جميعها فلتنظر فيما يوافق الجراحة منها :

١ - من الدوالي ما هو توسع وريدي موقت لا يجوز ان يمدّ اليه مبضع الجراح مثال ذلك : دوالي الفرج في المرأة الحامل ودوالي الصقن التي تزول بعد استئصال ورم كلوي وبعض البواسير ولا سيما في من كان توترهم الدموي شديداً بسبب امراضهم الكبدية . ان هذا النوع من البواسير اذا عولج معالجة جراحية كان النشل فيه محققاً لأنه اذا اندملت الجراح

وقد نندمل عقب البواسير تضيق وخيم العاقبة وخير للعريض ان يئزف
دماً من بواسيره من ان يئزف فيه شريان سيلفيوس .

٢- من الدوالي فئة ثانية يجدر بنا ان نسميها توضع الاوردة المغلوبة
مثال على ذلك : الصوافن الانسية المتوسعة التي بين لنا تشريحها المرضي
ان عضدها (جدارها) نفسه ضخم لأن مصاريها (Valves) قد غلبت
على نفسها .

ان هذه الفئة تستدعي الجراحة لا بل يحق لنا ان نقول ان معالجتها
ليست الاجراحية .

اما الطرق الجراحية التي أجريت على الطرف السفلي فعديدة : منها
أ - ربط الوريد طبقات طبقات غير ان هذه الطريقة لم تأت
بقوائد تستحق الذكر .

ب - مغارة الصافن الانسي بالفخذي العميق وهي طريقة صعبة
الاجراء لا تكفي في كثير من الحالات .

ج - ربط المأبضي غير ان هذا الربط لا معنى له
د - الاستئصال وهو الطريقة الحقيقية لا بل الوحيدة . ومما يكن
يقرب طيكم ان ننبذوا نبذاً تاماً الاشارة على مرضاكم باستعمال الجوارب
المطاطة لأنها مرعجة تكون بسببها السحجات والتملات (الاكزما)
الدالية وغير ذلك .

واذا كنتم ممن يرغبون في استخدام الضغط أشيروا على مرضاكم بلف
الربط المطاطة التي نفضل . غير ان المعالجة التي يجب ان تعلق بأذهانكم

انما هي الاستئصال اي اقتطاع قطعة من الجلد وما تحته من النسيج المريضة
والاوردة المتوسعة كما لو كانت ورماً وخياطة الجلد بعد ذلك الاستئصال
فيضيق ويكون بمثابة جوارب طبيعية .

وعدا ذلك فقلما تكون الاوردة وحدها مريضة وانما تكون الأوعية
البلغمية (اللتغذية) شريكة لها في مرضها لأنه لا اوردة بدون اوعية بلغمية
وهذا ما يدعو الى ظهور اختلال في الدوران البلغمي مصاحب لنشوش
الدوران الوريدي . ان الشرايين الصغيرة هي ولا مشاحة مقل لا فات
الالتهاب الشرياني وكذلك القول في الاعصاب ايضاً . فيترب اذن
ان ينزع كل هذا دفعة واحدة .

اما في دوالي الصفن فالامر بالعكس لأن الواجب يقضي بأن تقلص
في اقتطاع الاوردة المصابة . وعلينا ان نبقي معها كان الامر على الشريان
النوي لأن المغاغات وحدها لا تكفي للارواء وعلينا ان نبقي في القناة
الاربعة (المغذية) وألا تقترب كثيراً من الحصى لاننا اذا سرنا الى الاسفل
سبب رض الاعصاب بعض التشوشات .

واما في البواسير فيجب ان نستأصل الدامي منها فقط وان نغف عند
ذلك الحد وعلينا ان نبذ جانباً طريقة ويتهاد لأن الفرز تفك فتعملو البطانة
الخاطية و بلاء الفاصل ما بين الجلد وبينها بترعم ضمام فتحصل تضخيمات
يصعب التغلب عليها فتستدعي توسطاً جراحياً جديداً لا يخلو من الخطر .
٣- واما الفئة الثالثة فهي تلك التشوشات الغذائية الناحية التي تناول
نسجاً عديدة وتستقر بالخاصة في الاوردة . فتتضخم الساقان ضخامة كبيرة

دون ان يبدو توسع ور يدي فيها ويسمي البعض هذه الحالة حالة دوائية مع انها تشوشات غذائية واقعة في الطرفين السفليين قد اشتركت بها الالوردية والالوعية البلغمية فلم لا نسميها داء القيل فهو احق بها من الدوالي حتى من الدوالي العميقة . وعلينا ألا ندعو القروح قروحاً دوائية لأن القروح لتكون بالخاصة في سوق كهذه بسبب التهاب الياف العصب الودي (السمباتي) والتهاب الشرايين اللذين يعود سببهما في اكثر الاوقات الى الحلاق (داء الافرنج) . فاذا لم تكن الدوالي سبباً في القروح فلماذا نسميها قروحاً دوائية ؟ فلنسميها قروح الساقين ومتى اجتمعت مع الدوالي في الطرفين لندعها قروح الساقين في الدواليين لا قروحاً دوائية .

...

ما هي الفرحة الدوائية وما هو سبب تكونها ؟ اتنا نجعل هذا كل الجبل فمن الدواليين من تكون دواليهم ضخمة جداً ولا يصابون بقروح ومنهم من لا تكاد ترى اوردهم ويصابون بقروح متسعة فما هو سبب ذلك ؟ السبب على رأي الكثيرين كائن في التشوشات الغذائية ولكن لنعلم ان المعالجة المضادة للحلاق تشفي من هذه القروح بما لا يقل عن تسعين في المائة . فهذه الفئة من الدوالي لا تستدعي الجراحة الا متى لم تنجح بها المعالجات الاخرى .

ما هي هذه المعالجات ؟ انها كثيرة العدد . فاذا اقتصرنا على ذكر المرامم والذرور وسواها عددنا ما لا يقل عن ٧٠-٨٠ وصفة . فقد اشار البعض بالراحة والتمريخ والتبنيغ الموضعي (طريقة بير) وبالعوامل الطبيعية

واشعة ما فوق البنفسجي وبالحقن المصلبة في الاوردة الواقعة فوق القروح وباقتطاع القرحة ثم بالتطعيم والتبزيغ وبالشقوق حول القرحة وفوقها وتحتها وغير ذلك . ويربط الاوردة واستئصالها .

وقد تحقق الكثيرون في هذه الايام المتأخرة ان للجهاز العصبي الموضعي دخلاً في هذه الحالة فأشاروا باجراء شق كالخندمة (Jarretière) يؤثر في الاوردة والألياف العصبية الدقيقة معاً الموجودة في الناحية .

وقد كان من البعض ان وجهوا انظارهم الى العصب الودي (السمبائي) فأشاروا بقطع أليافه المحيطة بالشريان الفخذي (Sympathicectomy) وذلك بتجريد الشريان الفخذي من غمده في القسم العلوي من الفخذ . فكل هذه الوسائل حتي الراحة وحدها تفيد في بعض الحالات وقد يعقبها الشفاء أحياناً .

ولا بد من ذكر معالجة اخرى عرفت ثم أهملت منذ عهد طويل وقد حادت اليوم الى التجدد وهي تجرى في مستشفى الشفقة قبل قطع ألياف العصب الودي او متى لم يذعن المريض لاجراء العملية الاولى ونعني بهذه المعالجة طريقة اونه (Unna) السيارة التي تقوم بلبس خف (Botte) هلامي (جلانيني) فهذه الطريقة متى قرنت بالمعالجات الاخرى كانت منها فوائد باهرة غير انها وحدها قلما تأتي بفائدة تستحق الذكر .

يعالج دانيلكر مرضاه حسب الصورة الآتية :

١ — نلظف الناحية وتضمّد تضميداً طاهراً بضعة ايام

٢ — يجرى تفاعل وامرمان بعد تحسيس المريض واذا كان التفاعل

سلبياً يعالج المريض ايضاً معالجة خفيفة مضادة للحلق .

٣- يلبس المريض خفاً هلامياً ٨-١٠-١٥ يوماً وقبل ان يبدل

الخف تظلى القرحة بهذا المرهم المعطر لأنه ضروري

{	فوق حمض (Peroxyde) التوتيا
	طاق
	فازلين
	لانولين

عطر السندر

من كل ٥٠ غراماً

= ٢٠

تظلى القرحة بهذا المرهم بدون وضع رفاة او ضماد عليها ويلبس

المريض خفه الهلامي مباشرة .

اما الخف فيحضّر كما يأتي ، يوضع :

{	هلام
	غليسرين
	ماء
	حمض التوتيا

١٠ غرامات

ثم يسيل هذا المعجون في حمام ماريا ومتى سال سيلاناً كافياً نفخس

فيه ربط هلال (Tarlatane) عادية ضيقة (٨ - ١٠ سنتمترات)

ويلف بها الطرف بعد ان تكون قد اشربت السائل جيداً . على ان لا تكون

حرارتها شديدة فتحرقه .

ويجب ان يكون الخف رقيقاً اي مصنوعاً من طبقتين او ثلاث طبقات

ليس اكثر وألاً يكون مشدوداً وان يلف على الساق كلها منذ جذور

الاصابع الى ما تحت الركبة .

وينظم الجهاز جيداً بلفات دائرية دون ان يثني عند الوجه الاخصي او الكعب لأن هذه الالتئآت يجب ان تقع على ظهر القدم ووجه الساق الامامي . ان هذا الجورب خير ما يصنع في الدوالي لأنه يمكن المريض من المشي ويسرع دورانه بدون وذمة (oedème) .

ان القروح لتحسن تحسناً كبيراً بهذه المعالجات : المعالجة المضادة للعلاق والمرهم والخف الملاحي وقد تشفى شفاءً تاماً خلال ١٥ يوماً .
الا ان شفاءها لا يستمر طويلاً غير ان حسنة هذه المعالجات هي ان جميع المتمرنين قادرين على اجرائها .

واما متى كانت القروح كبيرة ومتعددة ولا تخضع لهذه المعالجة فتقطع ألياف العصب الودي حول الشريان الفخذي (Sympathic -)
(ctomie arterielle) وهذه العملية تفعل فعلاً حسناً بتبديلها طرز الدوران في الناحية .

ولا يجب ان يخلط تجريد الشريان البسيط بقطع الالياف العصبية الودية من حوله .

ان الغمد الودي لاصق بالشريان فلا يستطيع نزعها بالآلات صغيرة مستعملة في جراحة العين والعمية تقوم بنزع قيص رقيق شبيه بنسيج العنكبوت من حول الشريان على مسافة ٨ - ١٠ سم . فيرى ان الشريان قد تقص حجمه حتي انه يعود كالشريان الكبيري فتبرد القدم اولاً ثم يعقب تلك البرودة تفاعل شديد و يتمكن المريض بعد ان ينام ثلاثة

اسابيع من السير فيشفى وقدمه في الخف الهلامي الذي يجب تبديله
بضع مرات .

وتستعصي بعض القروح على جميع هذه المعالجات بغير ما تعالج به
حينئذ التطعيم .

الخلاصة متى وجدت قرحة يجب :

- ١- ان تكون المعالجات متنوعة وان يشارك بعضها مع بعض
- ٢- ان يمد جميع المصابين بالقروح كأنهم مصابون بالخلاق
- ٣- ان يستعمل الخف الهلامي وان تقرر هذه المعالجة بتجريد
الشريان البسيط او بقطع الالياف العصبية الودية المحيطة به .

...

هذه هي المعالجة الجراحية الحاضرة التي تعالج بها الدوالي والقروح
وهي المستعملة في مستشفى الشفقة في باريس .



السايبا (امنيوس)

بمّث سريري دوائى خلقي (فسيولوجي) ، نسجي كيمائي

للحكيم شوكة موفق الشطي استاذ فن النسيج والتشريح المرمي



لاحظنا ان اليرقان المجلل للدم الاساسي نادر في الطبقتين الوسطى والفقيرة عندنا بالنسبة الى كثرة حصوله عند الغربيين فهو لا يصادف عندنا الا بين طبقات الشعب الراقية التي اعتادت بحارة الغربيين في عاداتهم وتقاليدهم ومنها استشارة الاطباء في الامور الصحية والحوية .

وقد ظهر لنا ان عدد الاصابات به قليل في فصل الصيف الحار وكثير في فصل الشتاء فأخذنا نفكر في ذلك وعمدنا على حل هذا اللغز متى سمحت لنا الظروف . وقد عثرنا على مقالة ممتعة للاستاذ كيفر (Keiffer) عاجل فيها هذا الامر وشرحه شرحاً دقيقاً .

لا ينبغي ان حرارة الجنين سي في رحم أمه تبلغ ٣٧ الى ٣٧.٤ و ٣٧.٤ وكذلك حرارة البيئة التي يقطنها فاذا لم يعتن به بعد الولادة ولم يدفأ في الوقت الذي يقطع به سريره وتنظف عيناه وتأمين اعضاؤه يقع بين مغالب عدو يفغرفاه ليتلمعه وهو البرد فتتبط حرارته الشرجية الى ٣٥-٣٥.٥ مئوية . ويعتقد (كيفر) ان ذلك سبب هام في توليد اليرقان المجلل للدم الاساسي في الولدان وقد أيد دعواه باحصاءات منتظمة وبراهين جلية

أبان فيها انه اذا وضعت محمات في جانبي الوليد ولف بلفائف من صوف واجتنب وضعه في الحمام وكل ما من شأنه ان يعرضه للبرد تقص عدد الاصابات باليرقان المذكور ثم تسأل الاستاذ عما اذا كان هنالك عامل ثان علاوة على العامل الاول فلاحظ ان الطلاء الدهني الجيني الذي يستر جلد الوليد (Vernis Caseosa) يمتص خلال الساعات ٨ - ١٢ التي تلو الولادة وفكر في ان لهذه المادة دخلاً في وقاية الطفل من البرودة واليرقان . ويعتقد بورك (Borak) ان نسبة الوقاية تعادل ستين في المئة .

لنر منشأ هذا الطلاء وما هو تركيبه ؟ تذكر الكتب الجنينية والنسجية والولادية ان هذا الطلاء هو من مفرزات جلد الجنين في اثناء الحمل وانه يتركب من مواد شمعية وشحم صفراء (كولسترين) وشحوم مختلفة ومواد هبولىنية (بروثيكية) وماء وعناصر اخرى تلتصق بالخلايا البشرية المتوسفة وتشكل كتلة سنجابية مصفرة تصادف على ظهر الجنين وفي اطرافه وفي الحفرتين الابطيتين وفي ثنيات الناحيتين الاربيتين (المفبن) على انه اذا فحص جلد الجنين المولود في ميعاده او قبل الميعاد فحصاً نسيجياً واستحضرت منه مستحضرات (Preparations) متعددة فثبتت ولونت بطرق مختلفة يرى ان عدد الغدد الدهنية في جلد الجنين او المولود قليلة نفرز مقداراً ضئيلاً من الدهن لا يناسب غزارة الدهن الموجود في الطلاء الجلدي ليستطاع الحكم على ان دهن الطلاء المذكور يتولد من الغدد الدهنية الجلدية وحدها .

ثم اظهر كيفر (Keiffer) ان المواد الدهنية التي تدخل في تركيب الطلاء

الجلدي تأخذ لوناً اسمر بتأثير حامض الاوسميك بيد ان الشم تحت الجلد يتلون بالمادة المذكورة بلون اسود قائم .

يحتوي الطلاء الجلدي على خلايا بشرية متشققة عن الجلد لا يمكن الشك في منشأها خلافاً للمادة الدهنية التي تلتصق بالخلايا المذكورة بعضها ببعض والجيبات الشحمية التي تصادف في خلالها . فمً تتولد هذه الشحوم ياترى؟
فخص (كايفر) الوجه الباطن لعدد كبير من السخود ^(١) (Placentas) والسلى والساياء بالعين المجردة فرأى مواد متكاملة لا نظام لها تشبه بلونها الازرق المصفر لون الطلاء الجنيني . وقد اجري مقاطع من هذه المواد بطريقة التجفيد ولونها بالملونات الخاصة بالشحوم فشاهد ان هذه العناصر الشبيهة بالطلاء لا توجد في سطح الاغشية فحسب بل ترى ايضاً في سمك الابطليوم السايائي (*épithelium amniotique*) وفي النسيج الضام اللبني الموجود تحت وفي المشيمة الجنينية (*Chorion Foetal*) وفي الغشاء الساقط .

فهل من نسبة بين هذه المواد وبين طلاء جلد الجنين ؟
انتبه لذلك كثير من علماء الطليان والألمان (فينولو وفولي و فراري ولونبرغ والفلد و بوندي و بوغ ونيكر وماندل و كرايت) ونخص بالذكر منهم كرايت الذي قال بان لبشرة الساياء خاصة مفرزة .
اما آلية افراز لبشرة الساياء فهي كما يتلو :

تكون الخلية في الادوار السابقة للافراز منخفضة ذات ذروة محدبة

(١) نحتفظ بهذه التسمية ريثما يقر رأي اللغويين على احدى الكلمتين .

وهيولى خلوية محبة ميالة الى اللون تحتوي على نواة كبيرة مركزية مولعة بالالوان وعلى حبيبات شحمية كاسرة للضوء بشدة . ثم تكبر هذه الخلية ويزد قطبها الذري (Pole apical) وتكثر الحبيبات الرقيقة في هيولاه وتقرّب النواة منه ويظهر في اثناء ذلك في الهيولى فجوات (Vacuoles) رائقة صغيرة شفافة تأخذ بالاتحاد الى ان تشكل مكتنفة (Enclave) واحدة كبيرة تبدل بكبر حجمها مكان النواة وتلي الحدود العلوية للخلية ثم تنبثق فيخرج منها نخط (Liquide amniotique) يضاف الى النخط المفرز سابقاً . يصغر بعد ذلك حجم الخلية وتصبح نواتها اقل ولعاً باللون وتكبر الحبيبات الشحمية في هيولاه وتسطح الخلية وتطاول وتفتت نواتها ثم تصبح الخلية طلقة وتوسف ويجمع كثير من الخلايا المتوسفة بواسطة المادة الدهنية المفزة وهكذا يتكون الطلاء السايبيائي . وتحصل عادة حوادث التفلس وحوادث الافراز في مناطق مختلفة

يستنتج مما سبق ذكره ان الخلية البشرية السايبيائية نفرز باننبثاق قطبها الذري افرازاً غدياً داخلياً (Secretion holocrine) وان تجددها يستمر ما زالت نواتها فيها وانها نفرز سائلاً وهو النخط وشحوماً ومواد هيولىة خاصة .

اما الشروط الخلقية (فسيولوجية) للافراز النخطي فهو وجود اوعية كثيرة تحت بشرة السايباء ويظهر انه ليس للجملة العصبية دخلاً في هذا الافراز .

يحتوي الطلاء الدهني على مواد اخرى هيولىة فمن اين لتولد ؟

إذا قحط (حك) السخند تستحصل مادة مخاطية غنية بالشحوم .
وتتكون هذه المادة المخاطية من الطبقة الضامة تحت البشرة حسب
الصورة الآتية :

لما تعرى السايباء من بشرتها بمائل التقشش نفتق الطبقة الضامة
وتبرز في النخط وتنتفخ عناصرها بلامسة النخط كأنها تُنحل فيه وتمطيه
مواد هبلية وشحوماً مختلفة .

وقد سعى كايبر أيضاً الى اثبات مشابهة الشم السخدي السايبائي
للشم الموجود في الطلاء مشابهة كياوية فأثبت بفضل ابحاث كريزمر
(Crismer) بمائلة الشحمين لبعضهما .

النتائج : أ — ان الطلاء الجنيني الجنبى لازم للولد فهو يقيه البرد واليرقان
لاحتوائه على شحم الصفراء (الكولسترين) ويغذيه أيضاً .

ب — ان قلة اصابات الولدان في بلادنا باليرقان المحلل للدم الاسامي
ناجمة من عدم اعتيادنا تحميم الطفل يوم ولادته والمحافظة على طلاء
جلده . واما اصابة ولدان الطبقة الراقية فينتج من مجاراتها للغيريين
في استحمام الطفل .

ج — ان الطلاء الجنيني (Vernix Coseosa) هو من مفرزات
السلي بكامله . واما جلد الجنين فلا يبه الا الخلايا البشرية المتوسفة وقد
يرسل كمية صغيرة من شحم الغدد الدهنية الجلدية

د — ان البشرة السايبائية هي بشرة مفرزة ذات نشاط خلقي
(فسيولوجي) خاص .

هـ - لما كان لهذا الطلاء فوائد خلقية (فسيولوجية) متعددة لذلك يجب الاحتفاظ به بعدم استحمام الطفل في اليوم الاول خشية زوال المادة المذكورة .

و - لما كان البرد عدو المولود وسبباً من اسباب اليرقان يجب السعي الى تدفئة الطفل بلفه بأفطة من صوف ووضع محام في جانبيه .
لقد عرفنا ان هذه المادة لازمة للمولود وتمتص خلال ٨-١٢ ساعة فما هي المادة التي يمكن ان تقوم مقامها ؟ لقد وجه هذا السؤال الى الاستاذين اكريزمر وسيلوس فأجابا ان اللانولين هو شحم عضوي غني بالكولسترين يمس اربع امثاله ماء ويستعلب جيداً وعليه يستطيع عده كطلاء جلدي جنيني اصطناعي .

وقد اخذ (كايفر) بدرس هذا الطلاء الاصطناعي واستعماله في المولودين ولادة مبسرة .



السخذ والمشيمة

اثانا من حضرة الزميل الاديب صاحب التوقيع هذه المقالة ننشرها
شاكرين له عنايته باللغة وسائلين من الزملاء واللغويين ان يسبروا على
منهاجه تمحيصاً للحقائق

كنا اول من أشار بترجمة (Placenta) بالسخذ كما يوضح من
السنة الاولى لمجلة معهدنا هذه الصفحة ١٣٤ ثم قرأنا مقالة للحكيم
الاديب حنا خياط يستفي بها العلامة اللغوي الاب انستاس ماري الكرملي
في بضع كلمات منها السخذ نشرتها (لغة العرب) مع استفتاء صاحب
المجلة ونقلناها عنها الى مجلتنا (مجلد ٣ ص ٦٠٧) وقد أيد العلامة
الكرملي ما كنا استعملناه ووافقنا عليه مدلياً بهرايين لا نرى حاجة
الى اعادة نشرها واذا بالزميل الحكيم عبد الرحمن الكيالي يبعث الينا
بمقالته هذه الدالة على النقص والتقصير مثبتاً صحة ترجمة (Placenta)
بالمشيمة وخطأ ترجمتها بالسخذ . وانا نلقت انظار العلامة الكرملي
واللغويين والزملاء الذين ينعون بلغة الضاد الى هذه المقالة سائلين منهم
ان يبدوا رأيهم بها لتتبع الكفة التي نراها راجحة وهذا ما لا مندوحة
عنه على ما نرى .

... ان الاسباب التي استندتم عليها كما يترآى لي غير وجيهة :
(اولاً) ان المشيمة تدل تماماً على البلاسته وتقابلها ولا شيء سواه .
وقد اورد علماء العرب القدماء هذه الكلمة في كتبهم . واليك البيان :
جاء في كتاب الصفوة في الطب والحكمة لمؤلفه جبرئيل بن بختيشوع
طبيب المأمون صحيفة (١٣٥) (الكتاب مخطوط) . واذا وضعت المرأة
وتأخر سقوط المشيمة تعطى طليخ الحلبة او ماء اللويساء الخ . ثم ذكر

ابن داود الانطاكي في تذكرته (اسقاط المشيمة والجنين والفضلات التي تكون بعد النفاس ونقبة الارحام) . وكتب العلامة ابراهيم بن عبد الرحمن ابي نبر الازرق في كتابه تسهيل المنافع صحيفة ١١٠ (اعلم ان المشيمة هي التي تسمى بالخلاص فاذا احتبست مع الحامل بعد الوضع فهي من الاشياء المخوفة فينبغي حينئذ علاجها بالادوية الخ) . وقال « (المر) اذا شرب اخرج المشيمة » . وجاء في كتاب طلي خطي لناسخه علي بن محمد من قرية ملند سنة ١١٦٠ (واما اخراج المشيمة فعصارة الكرنب او بزره تخرجها) . وذكر كتاب المعتمد في الادوية المفردة لصاحبه السلطان الملك المظفر صاحب اليمن المتوفى سنة ٦٥٦ هـ (الكرفس شرب مائه يخرج المشيمة ويهيج الباءة الخ) .

من هذا يستدل ان العرب العلماء قديماً استعملوا المشيمة للشيء المستدير المنبسط الذي يخرج من الرحم مع الولد اي البلاسته لا الترك ولا الذين هربوا من المصريين ولا زال الناس يستعملونها ويستعملون كلمة الخلاص . (ثانياً) ان السخذ كلمة وردت لها عدة معان وقد جاء في القاموس ، وفي اقرب الموارد ، وفي تفسير غريب ألفاظ الحديث انها الماء الاصفر الغليظ الذي يخرج مع الولد وجاء في غيرها معنى آخر فهي لوقوع الالتباس في معناها لا تصح ان تكون مقابلاً للبلاسته بل مقابلاً للماء الامنيوس الذي يملأ البعوض بماء الرأس .

(ثالثاً) لفظة البلاسته اليونانية تدل على كعكة منبسطة وهل يوجد

شيء آخر يشابه الكعكة المنبسطة غير المشيمة التي ذكرها علماء العرب
الاقدمون .

(رابعاً) ان الكور يون هو غشاء ثانٍ للجنين يأتي بعد غشاء الامنيوس
فأصل معناه يدل على الجلد (Cutis) او ما يحيط بنواة الحبة . وحيث هو
يحيط بالجنين و بنشائه القريب منه اي الامنيوس فقد سمي كور يون
بثابة الجلد او الغلاف الخارجي وهذا يقابله كلمة (السلى) العربية التي تدل
على الجلد الرقيق المحيط بالجنين وجمعها اسلا (قاموس) واما سبب التسمية
الافرنجية للطبقة الثانية للعين بالكور وئيد التي ترجمها العرب بالمشيمة فتأتج
من احاطتها بالشبكة فهي بمقام السلى الذي يحيط بالامنيوس .
والعرب لم تضع للكور وئيد كلمة اخرى لأنهم رأوها مشابهة للمشيمة
بأوعيتها الدموية فقالوا مشيمة . وهذا لا يجبرنا على ترك ما استعملوه
لأنهم اطلقوها على البلاسته ايضا بل يجب الاحتفاظ بها لمشايتها الحقيقية
والاحتفاظ بكلمة السلى لموافقتها الكور يون .

(خامساً) ان المشيمة لم يرد لفظها مقابلاً للطبقة الثانية من العين بل
وردت مشيمة بالنسبة .

(سادساً) قول صاحب الجوهر بان المشيمة هي غشاء يحيط بالجنين
غير صحيح اذ لا البلاسته ولا الكور يون يحيطان به رأساً واذا كان بعدها
غشاء آن فاما ان تكون هي الامنيوس وهذا لا يوافق واما ان تكون هي
البلاسته وهو صحيح .

فمن هذا ايضا يستدل على اطلاق العرب كلمة مشيمة للبلاسته واطلاقهم

السملى على الكوريون والسايابا وهي جلدة فيها ماء اصفر نثشق عن الجنين او الغرس ، وهي جلدة على وجه الفصيل والولد ساعة يولد (قاموس) على الامنيوس . والسخذ على ماء الامنيوس .

وقد وجدت في كتاب ثوير الازهان لصاحبه الدكتور بشاره زلز صحيفة ١٠٠ من الجلد الاول ما يوضح المقال المتقدم . (ان المشيمة تلتصق بجدار الرحم الباطن فتتشج عروقها بعروق الجزء المقابل لها المسمى بالمشيمة الامية (Placenta Maternel) ولا يكون بين المشيمة الامية والمشيمة الجنينية (Placenta Foetal) اتصال فتفصل احدهما عن الاخرى بدون ان تتخرق على انه قد يحدث اتصال بين المشيمة وغشاء الرحم المخاطي فلا تنفصل المشيمة الا وقد جذبت قسماً من الغشاء المخاطي الرحمي وهو المعروف بالغشاء اساقط (Decidual) الذي قسم هكسلي ذوات المشيمة بحسبه الى ذوات الغشاء المذكور (Decidués) والى ما خلت منه (Adecidués) وفضلاً عن ذلك فان المشيمة يختلف شكلها في الحيوانات البوتة فتكون قرصية كما في مرتبة القروود العليا والجناحية البد او على شكل المنطقة كما في الضواري او كبيرة النصوص كما في المجترات او منبسطة كما في الغليظة الجلد والحافر .) وقال بعده (والسلى ينشأ من صفيحة الغشاء الجرثومي الظاهرة (الكوريون) فتحقق صفيحته المصلية بالجنين في اثناء انمطافه على نفسه وحيثئذ تكون ثنية تنح نحو وراء على الوجه الظهري فما احاط بالرأس يسمى (بالسقي Capuchon Cephalique) وما احاط بالبدن يعرف (بالغرس Capuchon caudal) . وسماه

القزويني بالفائني . وهما يلتقيان حيث يجدان السرة السلوية ثم يتحد
احدهما بالآخر فيكون الجنين مغلفاً في هذا الكيس عائماً في السائل الذي
يتضمنه وهو ما سمي بماء الرأس) انتهى .

وعليه ارى في المحافظة على كلمة مشيمة (للبلاسته) ضرورة تمنع
الشو يش عند مطالعة الكتب القديمة ، وتبقى للعامة ما ألفوه من المعنى
واللفظ وهو الصحيح وترجمة بقية الاغشية كما بينته سابقاً .

واذا كان ثمت من خطأ في ترجمة الكوروييد فلنظرة المشيمية تبقى
وتحافظ على المقصود . وعلى كل الخطأ المشهور خير من الصواب المهجور
واذا لم يقنعكم ما توقعت لبيان ارجو نشر السؤال في المجلة لعل غيرنا يتوفق
لما قصرنا عنده . وعلى كل اشكر مساعيدكم .

الطبيب

عبدالرحمن الكيالي



صناعة السكر

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي



✽ البحث السابع ✽

تكثيف العصارة

التبخير بالخلأء - ٠ - العصارة المأخوذة من بعد الاشباع الثاني بحامض الفمحم تحتوي ١٠ - ١١ بالمائة تقريباً من السكر لأنها تكون ممددة جيداً بمياه لبن الكلس والفسل لذلك يجب قبل التبليز ، تكثيفها حتى درجة ٢٥° بومه (Baume) بتبخير تسعة اعشار الماء الذي تحتوي عليه .

كان هذا التبخير يجري قديماً في خلاقين مسطحة مسخنة على النار المجردة ثم ابتدئ بتبخيرها في حلزونات بخارية موضوعة في السائل . وفي سنة ١٨٥٠ اخترع ريليو (Rillieux) جهاز التبخير بالخلأء المضاعف العمل وقد عم استعماله لفوائده الجزيلة . وهو عبارة عن صناديق للتبخير تحتوي على عدة انابيب . فالعصارة تمر من هذه الانابيب بينما يساق البخار من خارجها لاجل التسخين كما يلي :

لنفرض ان لدينا جهازاً ذا ثلاثة صناديق ١ - ٢ - ٣ . فلبخار المنتشر في الصندوق الاخير اي رقم ٣ والمتكاثف من جراء الماء البارد المنصب على الجهاز يجذب بواسطة مضخة والخلأء الحاصل يخفض درجة غليان

السائل المار من انابيب هذا الصندوق (اي رقم ٣) ويكون بارداً بالنسبة الى الصندوق رقم ٢ مما يساعد على تكثيف بخار الصندوق الثاني الداخل الى غرفة التسخين رقم ٣ وبالتالي على استحصال خلاء فيه اقل مما في رقم ٠٣ وعلى هذا تكون درجة غليان السائل في رقم ٢ اعظم من التي لرقم ٣ واصغر من التي للصندوق رقم ١ الذي تساق البخرة الى غرفة التسخين رقم ٢ فتتكاثف بلامستها سطحاً مبرداً بسائل يغلي بدرجة اوطأ . فهذه الشروط لا يُسخَّن من الصناديق بخار المعدل الا الصندوق الاول فقط . اما الصندوق الثاني فيسخن ببخار عصارة الصندوق رقم ١ ، والصندوق الثالث ببخار عصارة الصندوق رقم ٢ ، والبخرة المنشرة في الصندوق الاخير فقط هي التي تكثف وتجذب بمضخة خاصة .

وما تجب ملاحظته هنا هو ان تكون سطوح التسخين في الصناديق الثلاثة متساوية ولكن الطبقة الرسوبية في انابيب الصندوق الثاني ولا سيما في الثالث تنقص من سطح التسخين لذلك يجب ان تجعل اوسع من سطح الصندوق الاول بـ ١٠ ٪ تقريباً وعلى هذا تكون سطوح الصناديق الثلاثة كما يأتي :

سطح التسخين في الصندوق الاول	١٥٠	متراً مربعاً
" " " الثاني	١٦٥	"
" " " الثالث	١٨٥	"
	<u>٥٠٠</u>	

وفي الجدول الآتي نضع بعض النتائج المستحصلة في تكثيف العصارة

* جدول كامبيه Cambier *

النتج النوي للعصارة المستحصلة بطريق الانتشار Diffusion	عدد المكشور لتر من العصارة اللازمة لاستحصالة هكتو لتر واحد شراب بدرجة ٢٠ بومه	كمية الماء التي يجب تبخيرها لاستحصالة هكتو لتر شراب بدرجة ٢٠ بومه	مقدار الماء الذي يجب تبخيره في كل هكتو لتر من العصارة لاستحصالة شراب بدرجة ٢٠ بومه	كمية شراب بدرجة ٢٠ بومه من الكثافة مستحصلة من هكتو لتر عصارة
١٠٠٤٠	٧٦٧٨٨	٦٨٦٦٣٤	٨٧٦١٤	١٦٦٨٧
١٦٤١	٧٦٦٧٠	٦٦٥٦٣٥	٨٦٦٨٦	١٧٠٢٤
١٦٠٤٣	٧٦٣٠٨	٦٢٩٦٤٩	٨٦٦١٣	١٨٦١٧
١٦٠٤٦	٦٦٨٣٧	٥٨٢٦٥١	٨٥٦١٩	١٩٦٤١
١٦٠٤٨	٦٦٥٥٥	٥٥٤٦٥١	٨٤٦٥٩	٢٠٦٢١
١٦٠٥١	٦٦١٨٥	٥١٧٦٥٩	٨٣٦٦٨	٢١٦٤٢
١٦٠٥٣	٥٦٩٥٩	٤٩٤٦٦٣	٨٣٦٠٠	٢٢٦٣٠
١٦٠٥٥	٥٧٤٤	٤٧٣٦٦٢	٨٢٦٤٥	٢٣٦٠٥

تنظيف أنابيب الجهاز . - ان العصارة السكرية تحتوي على بعض مواد تترسب حين تبخير العصارة على جدران الأنابيب الداخلية وتكون طبقة تخفض درجة اتصال المعدن للحرارة . لذلك يجب تنظيفها من هذه الطبقة المائنة المتركة غالباً من السليس والكلس وحامض السلفورو الناتج من السلفيت . ولأجل ذلك يوضع في الجهاز من الصود الكاوي الكثيف المقادير الآتية لكل متر مربع :

٢٠٠ غرام

الصندوق الاول

الصندوق الثاني ٣٠٠ غرام

الثالث - ٦٠٠ -

ويغلي ساعتين ثم يفرغ الصود ويغسل الجهاز بالماء العادي في اولاً
ثم بالماء المحمض بمحامض الكلور يدريك بالتعابير الآتية لكل متر مربع :

الصندوق الاول ٢٥٠ غراماً

الثاني - ٤٠٠ غرام

الثالث - ٧٥٠ غراماً

بصورة يستحصل بها في الصندوق الثالث ماء مجمض بمحامض
الكلور يدريك بنسبة ١١٦٥ / ٠ - ويغلي ساعة واحدة ثم يفرغ ويغسل
بالماء الحار قبل وضع العصارة فيه .

على ان هذا الغسل قد لا يكفي لمحو الطبقة المترسبة اذا كانت صلبة
لذلك يجب ان تكشط بالآلة خاصة كآلة لاغريل (Lagrelle) مثلاً
وهي عبارة عن صفيحتين من الفولاذ على شكل النابض (Ressort) .

جهاز تبخير كستنير (Kestner) -٠- لقد اوجد كستنير جهازاً
يساعد على اجراء التبخير فيه سريعاً بلامسة الهواء تحت ضغط معين بدون
ان يطرأ على السكر ادنى تغير وقد كانت نتائجها الحسنة وسهولة تطبيقه
سبباً في شيوع استعماله في جميع المعامل وهو يتركب :

من عدة انايب (طول كل منها ٥ - ٧ امتار) مولجة في صفائح
مشقة تساعد على تمددها بالحرارة . موضوعة في غرفة البخار M
وكلها تفتح من الاسفل الى اسطوانة تساق اليها العصارة بواسطة انبوبي

T و A اما اقسامها العلوية فتتصل بالحاجز S (Séparateur) .

٢- من حاجزة اسطوانية لها دولاب ثابت D (موضوع فوق

حزمة الانابيب) ذو اجنحة كأجنحة دولاب مبرّد (Centrifuge) .

فالسائل يصل الى الجهاز من انبوب T ويتوزع على حزمة الانابيب على التساوي . والبخار الحاصل بنتيجة الغليان يزداد حجمه وسرعته فيرفع السائل في الانابيب . وعند مخرج الحزمة الانبوبية يصطدم البخار والسائل باجنحة الدولاب D فيكتسب البخار حركة دورية وتنتشر قطيرات السائل على الجدار وبهذه الصورة يفصل السائل عن البخار تمام الانفصال .

والتبخر في هذه الآلة مبني على اساس الحادثة الآتية المسماة

(بالنسلق Grimpage) :

نفرض ان انبوباً بطول ٥-٧ امتار ، مسخناً خارجاً بالبخار ادخلنا اليه قليلاً قليلاً من السائل المراد تكثيفه . فيحصل في اقسام الانبوب السفلي مزيج من قعاعات البخار والسائل . اما الفقاعات فانها تكبر بسرعة حتى تكون عند المتر الثاني او الثالث ، عرقاً (Veine) مستديماً في وسط الانبوب الذي يسوق على الجدران كمية من السائل التي تبخر وهي تنسلق الى ان تصل الى اقسام الانبوب العليا فيخرج البخار من المنفذ .

وقد اوضح اولارد (Aulard) سنة ١٩٠٤ حادثة التسلق هذه

ايضاحاً نظرياً اهملنا بيانه خوفاً من التطويل .

* البحث الثامن *

تبليز السكر

الطريقة الفيزيكية ٠ - لكل جسم ذواب في الماء (سواء كان ملحاً معدنياً او عضوياً او حامضاً او اساسياً) درجة ذوبان تختلف باختلاف الحرارة بحيث تزداد بازديادها . فاذا وضعت بضع بلورات في محلول ما مشبع بدرجة حرارة معلومة ، لا تذوب فيه اذا بقيت درجة الحرارة كما هي ، كما ان المحلول المشبع في درجة حرارة معلومة يترسب فيه بلورات من الجسم الذائب فيه ، اذا انخفضت درجة حرارة السائل المذيب او اذا بخر شيء منه . على ان بعض المحاليل تنصنف بحالة (فوق الاشباع Sursaturation) بمعنى ان بعض السوائل المذيبة اذا اشبعت من الجسم الذائب بتزديد درجة حرارتها ثم بردت تحت شروط معلومة لا يترسب فيها ما امكن اذابته زيادة عن الحد المعتاد من الجسم برفع درجة الحرارة وتدعى هذه المحاليل (المحاليل فوق المشبعة Sursaturées) ولكن يكفي وضع بلورة واحدة في هذا السائل فوق المشبع لتبليز الزيادة تبليزاً آتياً كمحلول فصفات انصوداً مثلاً وغيره من الاجسام البلورية وخصوصاً منها السكر لأن محاليله تنصنف بحالة فوق الاشباع لا سيما اذا كانت غير نقية . ان ذوبان السكر تحت الشروط الصناعية يتوقف على درجتى الحرارة ونقاوة المحلول اى كمية السكر المذابة وطبيعة اللاسكر (Non-sucre) الحقيقية المحتواة في السائل . اما اذا تساوت شروط الحرارة فدرجة ذوبانه تزداد بازدياد كمية اللاسكر . وعلى ذلك تكون درجات غليان محاليل السكر

غير النقية اعلى مما لمحاليله النقية في كثافات متساوية كما يتضح ذلك من الجدول الآتي:
درجة غليان المحاليل السكرية النقية وغير النقية (بالنسبة الى درجة غليان
الماء الصافي مع قطع النظر عن الضغط)

✽ جدول كلاسين Classen ✽

نسبة نقاوة المحاليل بجالة الغليان					مواد يابسة ٪ من المحلول
٦٢	٧٣	٨٣	٩٣	١٠٠	
٠.٦٥	٠.٦٠٥	٠.٦٠٥	٠.٦٠٥	٠.٦٠٥	٥
٠.٦٢٠	٠.٦١٥	٠.٦١٠	٠.٦١٠	٠.٦١٠	١٠
٠.٦٣٥	٠.٦٢٥	٠.٦٢٥	٠.٦٢٠	٠.٦٢٠	١٥
٠.٦٥٠	٠.٦٤٠	٠.٦٣٥	٠.٦٣٠	٠.٦٣٠	٢٠
٠.٦٧٥	٠.٦٦٠	٠.٦٥٠	٠.٦٤٥	٠.٦٤٥	٢٥
١.٦١٠	٠.٦٨٥	٠.٦٧٠	٠.٦٦٥	٠.٦٦٠	٣٠
١.٦٥٠	١.٦٢٠	١.٦٠٠	٠.٦٨٥	٠.٦٨٠	٣٥
١.٦٩٥	١.٦٦٠	١.٦٣٥	١.٦١٥	١.٦٠٥	٤٠
٢.٦٥٠	٢.٦١٠	١.٦٧٥	١.٦٥٥	١.٦٤٠	٤٥
٣.٦١٠	٢.٦٧٠	٢.٦٢٥	٢.٦٠٠	١.٦٨٠	٥٠
٤.٦٠٠	٣.٦٥٠	٣.٦٠٠	٢.٦٦٠	٢.٦٣٠	٥٥
٥.٦٠٠	٤.٦٥٠	٣.٦٨٠	٣.٦٣٠	٣.٦٠٠	٦٠
٦.٦٣٠	٥.٦٦٠	٤.٦٨٠	٤.٦٢٥	٣.٦٨٠	٦٥
٨.٦٠٠	٧.٦٠٠	٦.٦٢٠	٥.٦٤٠	٥.٦١٠	٧٠
١٠.٦٣٠	٩.٦٢٠	٦.٦٥٠	٧.٦٣٠	٧.٦٠٠	٧٥
١٣.٦٦٠	١٢.٦٢٠	١١.٦٤٠	١٠.٦٠٠	٩.٦٤٠	٨٠
١٨.٦٢٠	١٦.٦٩٠	١٥.٦٩٠	١٣.٦٤٠	١٣.٦٠٠	٨٥
٢٦.٦٩٠	٢٤.٦٧٠	(٢٢.٦٠٠)	(٢٠.٦٠٠)	١٩.٦٦٠	٩٠
—	—	—	—	٢٤.٦٠٠	٩٢
—	—	—	—	٣٠.٦٠٠	٩٤

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في حزيران سنة ١٩٣٧ م الموافق لذي الحجة سنة ١٣٤٥ هـ

الريح الجنبية الاصطناعية (Pneumothorax artificiel)

طريقة فورلاني

للحكيم نواب استاذ في المعهد الطبي وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

التعريف: الريح الجنبية هي ان يحقن جوف الششاء الجنبي بغاز فتتخمس الرئة وتخلد الى الراحة لأنها تلتقط عن التنفس .
الريح الجنبية طريقة كثيرة الاستعمال ناجعة في النسل الرئوي بالخاصة ولكنها استعملت فأفادت في النفث الرئوي الفزيررضياً كان ام غير رضي وفي الفنغرينا الرئوية واكباس الرئة المائية المتفحكة وتوسعات شعب القاعدتين والانصبابات الجنبية الدموية الرضية وجروح الصدر وادواء الفطور (Mycosis) الرئوية، وذات الشعب والرئة الحصية .

ما هي المشاهدات التي اوحى طريقة فورلاني؟

لقد مرّ فكر الريح الجانبية في خاطر فورلاني وهو يتأمل في بناء الرئة التشريحي ووظيفتها الخلقية (الفسيولوجية) وفي التشريح المرضي للسلسل الرئوي فأبصر ما كان يستطيع استنتاجه من معرفة الدوران في نسيج الرئة الخاص ذلك النسيج اللطيف الذي تكثرت فيه الاوعية ولا ينفصل فيه بعضها عن بعض الا بمجاذر ليفية مرنة دقيقة والذي توجد فيه الحويصلات الرئوية الرقيقة الجدران لا انفصالها عن الاوعية الشعرية الا طبقة متناهية بالرقّة مركبة من خلية واحدة. وقد وعى جيداً ان نسيجاً كهذا لننشر فيه العوامل المرضية والالتهابية انتشاراً سريعاً وادرك حق الادراك ان عامل الدفاع التشريحي الذي يسعى الى فصل العامل العفني وخنقه بايمجاده اجربة سلبية في النسيج الكثيف والوصول الى ذلك سهل للغاية كما في العقد لا يجد في نسيج كالنسيج الرئوي سبيلاً الى ذلك مطلقاً لأنه نسيج شبيه بنسيج العنكبوت يتخلله الهواء والدم ويتحرك حركة انقباض وانتشار متبادلة فيشابه بيئته ملائمة كل الملائمة لانتشار العوامل المرضية المخربة وقليلة الملائمة لعامل التجدد والترميم والتكيس (دومارست ومورار) .

ادرك فورلاني اذن انه متى دخل عامل مخرب الرئة فأثلف فيها الصقل اللبني المرن ادت حر كاتها المستمرة الى انتشار ذلك العامل وقاومت التصاق جدران تلك الثغرة بعضها ببعض بسبب السعال الشديد الذي يميز تلك الحواجز النسيجية تمزيقاً شديداً. ويحمل ذلك الجرح الرئوي متصلاً بالهواء الخارجي فتقتل اليه به التعفنات الثنوية الشديدة الخطر . وقد ظهر

له ظهوراً واضحاً انه اذا قدمت الرئة وظيفتها تخفف فيها الدوران تخفيفاً بالغاً اقصى حده وافرغ منها الهواء افرغاً شديداً وثبتت عن الحركة فالتصقت جدر الثغرة الرئوية بعضها ببعض وعاد ذلك النسيج اللطيف الاسفنجي نسيجاً كثيفاً زالت كل الشروط الملازمة لنمو السل وعاد التعفن الثنوي بعيداً عن الوقوع .

ففكر فورلانياني ان يحدث في الصدر ما كانت تحدته الطبيعة من تلقاء نفسها في بعض الاوقات اذ كان يؤدي انثقاب رئوي يصل غشاء الجنب بالرئة الى احداث ريج جنبية توقف سير السل الرئوي وتخفف اعراضه وتسير المريض في طريق الشفاء بعد الاخطار الشديد . فحقن فورلانياني غشاء الجنب بنار مرارياً في عمله قواعد الطهارة الامر الذي لم تكن الطبيعة نفسها قادرة على اجرائه لأن الريج الصدرية التي كانت تحدثها في بعض الحالات لم تكن تقع الا بعد ان تكون قرحة سطحية تحت الغشاء الجنبى توصل الرئة به فكان الهواء الذي ينصب هواءً مفعماً بالجراثيم . وقد استنبطت منذ تلك الساعة طريقة معالجة السل بالريج الجنبية .

...

الاجهزة : وقد استنبط فورلانياني منذ ذلك الحين جهازاً ووضع نموذجه ولم تكن الاجهزة التي استنبطت في البلدان الاخرى المستمدة منه بعد ان ادخل عليها واضعوها بعض الاصلاحات فخير جهاز اذن هو الجهاز الذي تصل اليه يد الطبيب مهما كان نوعه . ولستنا نرغب الآن في وصف اجهزة فورلانياني وبراشيا في إيطاليا ولا جهاز هارتمان ولو بوزاكي في المانية

ولا جهاز كتوبف ومارشال في انكلترة ولا جهاز غورتي وزور كان في امريكا ولا اجهزة بولس كورمون وغومل وبيون ولا ري ادمون دالمس ومارسله وجوسه في فرنسا ولكننا نكتفي بذكر جهاز كوس الذي قد جمع كما يخيل لنا كل المحاسن وهو الجهاز الاكثر انتشاراً واستعمالاً في فرنسا وقد استعملناه نحن ووجد منه عدد في المستشفيات العسكرية .

يتركب جهاز كوس من قنيتين احدهما ثابتة مدرجة سعتها ٦٠٠ سم مكعب معدة للغاز الذي سيحقن به غشاء الجنب استطاع وصلها بقسمها العلوي بمستودع غاز او بالهواء الخارجي مع محطرة^(١) (مقياس ضغط) مائية وتوصل ايضاً بغشاء جنب المريض والقنينة الثانية او المستودع الثاني متحرك يملو وينخفض على عمود مسنن فيدفع متى علا المائع الموجود فيه الى المستودع الاول الثابت فيندفع منه الغاز ذاهباً الى غشاء الجنب . وان اختلاف السوية بين القنيتين يدل على شدة الضغط او خفته ويقاس ذلك بمسطرة موضوعة عموداً بينهما . وان الارقام الموجودة على المستودع الثابت تدل على مقادير الغاز التي مرت كما ان المحطرة المائية المتصلة من جهة بالمستودع الثابت وبغشاء الجنب من جهة اخرى تعين بتبدل سويتها دخول الهواء لغشاء الجنب واختلاف السوية هذا مخطوط على مسطرة صغيرة قد وضعت محاذية لفروع تلك المحطرة .

هذه هي القاعدة التي بني عليها جهاز كوس العلمي وهو جهاز بسيط يسهل فهم آليته يوضع دقائق متى رآته العين .

(١) هذه الكلمة من وضع العلامة الاب انتاس ماري الكرمل

طريقة العمل : ان الغازات التي يحقن بها هي في الغالب الآزوت ومولد الحموضة (او كسجين) والهواء نفسه ولكل من هذه الغازات الثلاثة محاسن ومحاذير كما ان لكل منها استطببات معينة . فالأزوت الذي لا دور له في فعل التنفس يعد غازاً ثابتاً ويصعب امتصاصه كل الصعوبة . غير ان مولد الحموضة في الثواني الاولى من النفث يتصف بحسنة وهي انه بعد السدادة الغازية الخفيفة عن الوقوع وهي طارئة ممكنة الحدوث وما ابعادهما الا لكون امتصاصه سهلاً . فولد الحموضة اذن غاز يترتب على المبتدئين ان يختاروه لأنهم يكونون في دور ممارستهم الاولى ولنقصهم الخبرة والدربة في العمل وهو الغاز المفضل ايضاً في الريح الجنبية الموقفة مثال ذلك في الريح الموجهة الى معالجة النفث الرئوي الغزير .

واما الهواء الخارجي المصنفي بقطن معقم فستعمل في جميع الحالات السريعة التي لا يوجد بها الغازان الآنف الذكر او في البلدان التي لا يسهل فيها وجود مولد الحموضة والأزوت في انايب معدة ومن هذه البلدان سورية . ويجب ان يحضر المريض لهذه العملية وان تكن بسيطة لا يعبأ بها ابداً . لأن بعض الطائرات التي افضت الى الموت والتي اعطتها بعض الأطباء تدعو الى اتخاذ الحيلة ويجب ان يرضى المريض كل الرضى عن اجراء العملية وان يقدم عليها بلا خوف ولا وجل . فلا يصح اذن ان يشار على المرضى العصبي المزاج الشديدي الخوف بامتعالها ويفضل ان تجرى هذه العملية في الصباح والمريض في فراشه اذا امكن وفي غرفة دافئة وبعد ان يكون قد أعطي مسهلاً في المساء . ويجب ان تكون المعالجة بالاشعة

قد دلت على التقاط الرؤية الأكثر ملاءمة للبزل مينة مقر الالتصاقات الذي يجب الابتعاد عنه . وعلينا ان نتحاشى اجراء هذه العملية في زمن الطمث متى كان المرضى من الجنس اللطيف . واما الحقن بالمورفين الذي اثار البعض باستعماله متى كان المريض جباناً خائفاً فليس من الضروري ان ينام المريض على جنبه السليم بعد ان نوضع تحت وسادة من شأنها ان تفرج الاختلاص ثم يطلى الجلد بصمغ اليود وهذا يكفي في تعقيمه وبزل غشاء الجنب بادخال المبزل ملامساً للحافة العليا للضلوع . ومتى لم تعين الاشعة المجهولة نقطة ونفضلها على سواها يترتب ان يجرى البزل في ناحية الضيق (تحت الابط) في الورب الرابع او الخامس او السادس . على بعد قيراطين من الحافة الامامية العضلة الظهرية الكبيرة . في نقطة تكون بها الالتصاقات الجنبية نادرة وكثافة الاقسام الرخوة السطحية قليلة . واذا فشل البزل الاول فيجب ان يمتنع عن اجراء بزل متعددة متتابعة وانما تؤجل العملية بضعة ايام وعلينا ان نذكر دائماً ان البزل قد ينجح في نقطة تكون الاشعة المجهولة قد دلت على انها غير صالحة للبزل .

يدخل مبزل كوس كما تدخل الابرة في بزل الغشاء الجنبى ومتى وصل المبزل الى الغشاء تبدلت سوية الماء في المحظرة فكان ذلك دليلاً على ان المبزل في مكانه . ثم يوصل المبزل بقنينة الغاز التي يجب ان تكون سوية المائع فيها معادلة لسوية رفيقتها . فيمتص الغشاء الجنبى حينئذ الغاز بشدة اذا ظلت السوية واحدة بين المائعين . فيحقن باربعائة الى خمسمائة سم مكعب من الغاز ويجب ألا يتجاوز هذا المقدار .

ثم يعاد البزل في الجيب نفسه مرة او مرتين في الاسبوع في المدة الاولى او تزداد الفترة او تنقص بالنسبة الى درجة انخفاص الرئة في الاسبوع التالية :

اما العوارض الالئية فقلما تستحق الذكر فالتا نورد منها على سبيل الذكرى جرح الرزمة الوعائية العصبية الوريدية . وجرح الرئة او احدى الاضلاع والموت الفجائي بتشنج غشاء الجنب (Eclampsie Pleurale)

ان هذه الطوارئ هي التي تقع في بزل الغشاء الجنبي نفسه ولم نر احدًا يججم عن بزل ذلك الغشاء في انصبابات الجنب خوفاً من حدوثها وعدا ذلك فتحاشي هذه الطوارئ مستطاع بمراعاة طريقة العمل حق المراعاة . اما تشنج غشاء الجنب فيطراً بالخاصة في من يتولاهم الجنب والخوف وان اشخاصاً كهؤلاء يتحاشى اجراء الريغ الصدرية فيهم كما اسلفنا مع ان الضرورة قد تقضي ببزل غشائهم في حالات الانصبابات المصلية الغزيرة اما الصمامة الغازية فهي نادرة جداً وقلما يخشى شرها الا متى كان الغاز المستعمل الآزوت .

تنظيم المعالجة : يتعلق النجاح بتنظيم المعالجة . فان الحقنة الاولى يجب ان تكون قليلة الحجم بين ٢٠٠ - ٤٠٠ سم مكعب وان يتعاشى الحقن والغاز مضغوط ضغطاً شديداً وذلك بأن يترك الغشاء الجنبي حراً في امتصاص الغاز بحبل السوية واحدة في فئنتي الجهاز و يرفع القنينة المتحركة رفعاً تدريجياً . فلا يشعر المريض باقل ألم الا في النواحي التي تشدها الالتصاقات . غير ان شعوره بزلة (ضيق نفس) خفيفة مسببة عن تبدل

مقر القلب بعد طبعياً متى جلس المريض . فاذا اعطي المريض قليلاً من
 الافيون في الايام الاولى خفت هذه الاعراض ويحتمن الغشاء الجنبى مرة
 ثانية بعد مضي ٤٨ ساعة على الاً تتجاوز كمية الغاز ٥٠٠ سم مكعب وتجرى
 الحقن التالية بالتتابع وبدون انقطاع حذراً من عودة الرئة الى الانتشار .
 ويجب ان تراقب بالاشعة المجهولة حالة الرئة في أثناء المعالجة مرات متعددة
 ومتى اعتري المريض نرف رئوي غزير جاز ان يحتمن غشاء الجنب بـلتر
 دفعة واحدة حتى ان تتجاوز هذه الكمية جائز واعدة هذا الحقن في اليوم
 التالي ضرورة ايضاً . وليست اعراض الريح الصدرية الاصطناعية
 مشابهة لاعراض الريح الصدرية الواقعة من تلقاء نفسها . لان حقن الغاز
 الاولى لا اعراض سريرية لها . وانما الاشعة المجهولة تظهر جيب الغاز المبدئي
 الذي تكون . ولا تدل المعاينة السريرية على جيب الغاز الا بعد ان يحتمن
 غشاء الجنب مرتين او ثلاث مرات وذلك بظهور الطبلية واضمحلال
 الاهتزازات الصوتية واحتجاب التنفس . اما النفخة الحزفية فنادرة واما
 الطنين المعدني فشا كل الشذوذ وتعرف الالتصاقات بالمعاينة بالاشعة متى
 بدا سطح الرئة المنخفضة متعرجاً وقليل الانضغاط او متى بدت تلك
 الالتصاقات كأنها حبال قائمة تخترق الساحة النيرة التي ليست سوى الفسحة
 الصدرية نفسها . ويدعو على الدريئة (Ecran) ايضاً ما اذا كان القلب
 قد بدل مقره وما اذا كان المنصف قد ضاق لأن حالة كهذه تفضي الى خطر
 كبير متى اشتدت .

النتائج التي اجتثيت من هذه الطريقة : يخيل منذ الاسبوع الاول

ان المريض قد بعث لأن الریح الجنبية باغلاقها الكهوف التي تعفت تعفناً ثنوياً تجفف التقيحات وتزيل جميع العوارض الناجمة منها واذا لم تعد الحرارة طبيعية فانها تهبط هبوطاً محسوساً ، ويزول السعال وينقطع القشاعات وتعود القوة وتتحسن الحالة العامة وبسمن المريض تاركاً بيته . غير ان هذا التحسن السريع لا نراه في جميع المرضى ولا سيما متى كانت الالتصاقات قد منعت الرئة عن الانخفاص انخفاصاً كافياً فظلت بعض المناطق تسير سيرها الحاد نحو التجبن . ومهما يكن فان التزف الرئوي المتكرر يقف ولو كانت الریح الصدرية قسمة .

ولكن هل الشفاء الحقيقي ممكن الحدوث ؟ ان هذا الشفاء يستطاع الحصول عليه بعد مدة مديدة وذلك متى انظفت المراكز السليسة انطفاء تاماً ولم تعد تلقي في البنية ذيفاناتها السامة . فقد ذكرت بعض المشاهدات التي استمر بها الشفاء منذ سنة . غير ان الشفاء الحقيقي نادر في اكثر الاحيان لأن الاعراض الشديدة المزمنة تزول وحدها ويبقى السل مسائراً سيراً خفياً فيخيل ان الشفاء قد وقع وما ذلك الا شفاء ظاهري . لأنه اذا اهملت المعالجة في المستقبل وانقطع الطبيب عن اجراء الابرة الهوائية عادت القشاعات الي ما كانت عليه وعلبت الحرارة . فيحق لنا ان نقول ان المرض ظل كامناً يستتره ذلك الستار الغازي ولو زالت الاعراض جميعها فليس زوال الاعراض في بدء المعالجة وجني نتيجة باهرة بعد الابرة الهوائية الاولى كافين للقول بان المريض قد نجا من مخالب الداء . هذا عندا قصور التنفس

الذي يسبب زآة وتعب القلب الايمن الذي قد يغلب على نفسه ،
 والتشوشات الهضمية الناجمة من انضغاط المعدة بالحجاب الحاجز المنخفض
 والاسهال الانعكاسي الكثير الوقوع في بدء المعالجة وذات الامعاء السلية
 الثنوية التي وان لم يكن سببها الابرة الهوائية نفسها قد تشتد وتستفحل
 بسبب تبدل الاعضاء البطنية لمقرها ووقوف السل الرئوي الذي اخمدت
 تأججه الابرة الهوائية في الصدر فتنبه وهب في بقعة اخرى وهي الاحشاء
 البطنية كأنه يثار لنفسه من المكافئة التي وجهت اليه في الصدر . وعلاوة
 على هذا كله لا بد لنا من ذكر الاضغاث الجنبية التي تستحق وصفاً خاصاً .

...

الاضغاث الجنبية التي تلي الريح الجنبية : ان ذوات الجنب كثيرة الوقوع
 في سياق الريح الجنبية الاصطناعية . ويكون بعضها خفيفاً هادئاً وهو ذوات
 الجنب الاشماعية التي تبدو على الدريئة باعحاء زاوية الجيب او يخط مستقيم
 يبقى اقبياً لا يتبدل ولو تبدلت وضعة المريض متى كان المريض في وضعة
 مائلة لان ارتسام ذلك الجيب على وقعة (Fond) الحجاب الحاجز القائم .
 ويسرع هذا الانصباب في الغالب بالزوال وذلك باقتصاص الانصباب
 من تلقاء نفسه وليس لذات الجنب هذه انذار وخيم .

ويوجد نوع آخر من ذوات الجنب اشده انذاراً من النوع الاول
 الذي اوردناه يتصف بانصباب مصلي ليفيني مختلف الغزارة وارتفاع الحرارة
 ويحدث هذا النوع كثيراً في سياق ابرة هوائية فتدل على وجوده المحظرة
 التي تبين ان في غشاء الجنب ضيقاً معادلاً او فائتاً للضغط الذي وصلت

اليه الابرة الهوائية السابقة (فون مورلت) . و يوجد نوع ثالث من ذوات الجنب يتصف بارتفاع الحرارة وانصباب جنبي ناكس ينقلب في المستقبل فيحاً . تبقى الحرارة فيه شهراً من الزمن في جوار ٣٩ ثم تسقط سقوطاً تدريجياً . وهذا النوع قد يسير سيراً حسناً كالنوع السابق وينتهي بالشفاء الا ان انذاره في الغالب يستدعي التحفظ لأنه اذا كان لهذا الانصباب المائي في بعض الاحيان فعل حسن بدفعه الرئة ومساعدته للريح الجنبية على عملها فليس من المستغرب ان يعود ذلك السائل المصلي الليفيني عكراً او فيحاً صرفاً . غير ان هذا التقيح يسير سيراً مرضياً فيتحمله المريض مدة طويلة ولا تلتوه نتائج وخيمة . ولربما نصب ذلك الانصباب القيجي ايضاً ولا سيما في الريح الجنبية القسمية .

وانا نورد نوعاً رابعاً من ذوات الجنب وهو النوع المتقيح منذ البدء الذي يتصف باعراض عامة خطيرة كارتفاع الحرارة وضيق النفس واسراع النبض سواء اثبتت الرئة فلوثت الانصباب وعفته او امتد التعفن الى غشاء الجنب بطريق الدم في سياق نزلة وافدة او سواها من الامراض العفنة . ان انذار هذا النوع شبيه بانذار ذوات الجنب القيجية كافة لأن المعاينة الجرثومية تدل على وجود المكورات الرئوية (بناموكوك) والمقدية (ستراتوكوك) في مائع الانصباب .

اما امراض (Pathogénie) هذه الاضافات الجنبية المتنوعة سواء كانت متقيحة ام غير متقيحة فيختلف . لأن ذوات الجنب المصلية الليفينية ينسب امراضها الى تلوث غشاء الجنب مباشرة اي الى تسرب السل في

ذلك الغشاء او الى وجود آفات قديمة في غشاء الجنب كانت كامنة فاستيقظت او الى تفاعل موضعي سببه تشرب الغشاء للسموم السلية الصادرة من البور السلية القرية او بالاحرى الى التخرش الموضعي بالغاز الذي حقن به ولا سيما متى كان ذلك الغاز الآزوث .

وذوات الجنب القيحية يغود امراضها كما اوضح بار واوضحنا نحن ذلك الى انتقاب رئوي او تمزق الالتصاقات التي تفتح بعض الدرينات السطحية المستقرة في الالتصاق نفسه او في حذاء الارتكازات الرئوية . اذن لتتنوع المعالجة بتنوع الحالات وطرز حدوث هذه الاضغاث .

...

معالجة الاضغاث الجنبية : متى طرأ انتقاب رئوي فدل عليه القيحي القيجي او المحظرة يجب ان نترك المعالجة بالابر الهوائية جانباً وان نقطع عدة اضلاع بلا ابطاء ولا تردد ويخزع غشاء الجنب .

ومتى كانت ذوات الجنب عفنة تعالج بالبرزول المتكررة ويفسل الجيب الجنبى بالمواد المضادة للتعفن وبالمصول والقاحات النوعية المضادة للجراثيم التي اضيفت الى العامل السلي المبدي واذا لم نعد هذه المعالجة يخزع غشاء الجنب ويحفز (Drainer) ولو ان في هذه العملية خطراً كبيراً لا بل موت المريض المحقق . اما ذوات الجنب السلية التي يتنوع خطرها فتأمة معالجتها المعالجة الآفات الرئوية الواقعة تحتها لأنها ليست ذاتها خطيرة . فهي تعالج بالاستمرار على الابر الهوائية ومراقبة هذه المعالجة بالاشعة المجهولة . واما البزل المفرغ لهذه الانصبابات فواجب متى كان حجم الانصباب

كبيراً والتشوشات الوظيفية الناجمة منها عظيمة ويجب ان يستعاض في كل مرة يجرى فيها البزل عن المائع المستخرج بكمية من الهواء معادلة له . ومتى كان الانصباب متوسطاً يجب ان نترك الابر الهوائية جانباً وان تكمل المعالجة العامة لأن الانصباب ينضب غالباً من تلقاء نفسه .

...

النتائج البعيدة للريح الجنبية : لقد قدم العهد على طريقة فورلاني في الآن حتى جاز لنا ان نورد بعض النتائج التي مرّ عليها عدد من السنوات في التاريخ الطبي احصاءات عديدة تمكّنتنا من ان نقول كلمتنا في حسناتها ومحاذيرها منها احصاءات مولون وفولمار وسنغان وبياري ووهلماني وجارار وبورنن وجاكرو وكلاّر وفون مورلت وبروا وشرودر وتبادستورث ودومارست . وانه ليطول بنا الكلام اذا نحن اوردنا اعداد هذه الاحصاءات جميعها ولهذا نكتفي باحصاء دومارست وقد نقلناه من مؤلفه الشهير الذي وضعه بالاشتراك مع مورار كما اننا اقتطفنا من هذا المؤلف نفسه مقتطفات عديدة في مقالنا هذا .

يقسم دومارست ومورار حوادثها عشرفئات متنوعة نذكرها فيما يلي :

١ - ايقاف الابر الهوائية : شفاء سريري تام مع وجود التصاق جنبي او لا (١٥ حادثة اي ٦٦٥٥ بالمائة) .

٢ - ايقاف الابر الهوائية : شفاء ناقص بقاء البثور السلية في حالة كامنة دون ان تسير سيراً حاداً (٩ حوادث اي ٣١٩٣ بالمائة)

٣- إيقاف الابرهوائية : عودة البور السلية التي لم تشف، بعد قطع البور مباشرة او بعدها بزم، الى الحدة واخذها سيراً خطراً او قليل الخطر (٤٠ حادثة اي ١٧٧٧ بالمائة) .

٤- استمرار الابرهوائية : شفاء سريري وسلامة الرئة الثانية او وجود آفات تصليية فيها غير واضحة ولا سائرة سيراً حاداً (٧٥ حادثة اي ٣٢٧٦ بالمائة) .

٥- استمرار الابرهوائية : ظلت النتيجة ناقصة بسبب التصاق غشاء الجنب القسحي (ريع جنبية قسمية) او بسبب آفات الرئة الثانية ونقلها على آفات الاولى وان تكن غير خطيرة ولا حادة (٢١ حادثة اي ٩١١٧ بالمائة) .

٦- سير الآفات في الرئة الثانية (٢٤ حادثة اي ٤١٨٥ بالمائة)
٧- انواع مدفنة لم تؤثر فيها الريح الجنبية (حادثتان اي ٠١٨٧ بالمائة) .

٨- انتقال السل الى جهات اخرى (٩ حوادث اي ٣١٩٣ بالمائة)
٩- موت بالاضغاث الجنبية (ذوات الجنب المغنفة او إنتقابات رئوية) (١١ حادثة اي ٤١٨٠ بالمائة) .

١٠- اضغاث اخرى متنوعة (١٣ حادثة اي ٥١٦٧ بالمائة) .
اننا نستنتج مع دومارست ومورار الاستنتاجات التالية :
يسير السل في كثير من الحوادث سيراً وخيماً في سياق الاشهر او السنوات الاولى . فاذا نجى المريض من هذا الدور الخطر كان حظه سعيداً

وشفي شفاء تاماً لأن الذين قاوموا المرض أكثر من عشر سنوات موجودون الآن في حالة حسنة جداً وإذا لم يشف بعضهم فلأن الابرة الهوائية فيهم كانت قسمية بسبب الانصافات الجنبية . وإن المرضى الذين نالوا منذ السنة الاولى شفاءً شرياً ظاهراً استمر فيهم ذلك الشفاء حتى ان بعضهم لا يقال فيهم انهم نالوا شفاءً شرياً فقط وإنما نالوا شفاءً تشريحيّاً اي ان رثتهم المرضية عادت سليمة من الوجهة التشريحية المرضية ايضاً . فهو لا هم مرضى الفئسة الاولى الذين نضيف اليهم بعض مرضى الفورلانيي وسيلانغار وبروا وستغان وغيرهم الذين قدموا براعين لا تقبل الرد على ان الريح الصدرية تحمل الآفات الرئوية ، التي كانت سائرة حتى ذلك التاريخ نحو التجبن ، على تبديل سيرها فتعود آفات تصلبية ثابتة وتجنف الكهوف وتملأها بنذب ثابتة لانفك ولو عادت الرئة الى الانسباط بهد الانخفاض وهذه الحالات قد اثبتتها فورلانيي وغراتز وسوغمان ووارنك وكيسبرور وبورنن بعد فتح جثث مرضاهم (دومارست ومورار)

وصفوة القول ان طريقة فورلانيي تنجي من الموت ٥٠ بالمائة من المرضى ونصف هؤلاء يكون شفاؤهم ثابتاً او طويل المدة . وبما انه ما من معالجة حتى الآن قد أدت الى هذه النتائج الحسنة وجب علينا ان نقر بأفضلية هذه الطريقة ونذيعها ولا سيما في الشرق حيث لا تزال قليلة الاستعمال .

آخر ما وصلت اليه المعالجة في العنبر العصبية

الافرنجية الطبيعة

« ٢ »

جود استاذ السريريّات العصبية في معهد الطب بدمشق مار طبيب المستشفى العسكري بدمشق خسفي سبيع رئيس السريريّات الباطنة في معهد الطب بدمشق	}	للحكاه
--	---	--------

٣ - معالجة التابس :

ان الغاية التي يرمي اليها الطبيب الممارس انما هي تشخيص التابس في دوره السحائي الوعائي قبل ان يصلب الحبلين الخلفيين لانه في هذا الدور يعود منيعاً على المعالجة وان البزل القطني وحده يبدي لنا هذا الدور السحائي ويدلنا على حضانه التابس .

الزمن السابق للسريريّات : توجه الى المرض في هذا الزمن معالجة شديدة ويجب ان تكون الضربة عاجلة وقوية ومستمرة وان تطبق المعالجة الزرنيجية حسب التعليمات التي مر ذكرها واسنا نرى حاجة الى اعادة وصفها ويكون النجاح أليف هذه المعالجة لأنها توقف المرض عند حده وتمنعه عن السير والتقدم .

الزمن السريريّ : نجمع المعالجة الزرنيجية ايضاً في هذه الاعراض غير انه لا يرجى ان تزول اعراض التابس ولو كانت المعالجة قوية .

ان اعراض الداء في هذا الزمن ناتجة لا تزول والمعالجة معها افادت
 لن نقضي الى اعادة التمعكات ولا الى تبديل التفاعلات الحديقة ولكنها
 تؤثر في الآفات السحائية . لأن هذه الآفات افرنجية الطبيعة وفي دور
 الحدة فالمعالجة الموجهة الى الافرنجي تنجح في الآفات نفسها (تكاثر الخلايا
 البغمية ، ازدياد الآحين ، التفاعل الجاوي الغروي ، تفاعل واسرمان)
 فيقف سير المرض ويحمد التابس .

ويستعمل هنا النوفار على ان تكون مقاديره قليلة اجتناباً للثوب نظيرة
 البثرينة او التفاعلات السحائية الشديدة . ويحسن ألا يتجاوز المقدار
 ٠١٦٠ . مستغراماً إلا ان تكرره ٦-١٠ مرات جائز على ان يراقب المريض
 مراقبة دقيقة بعد كل حقنة . واما طريقة سيكار القائمة باستعمال معالجات
 مستمرة لا تتجاوز مقاديرها ٠١١٥-٠١٣٠ من النوفار فلا بد ان يراقب الطوارئ
 التي ذكرناها .

البزومت : من افضل الادوية واجودها في هذه الحالات ولا سيما
 اذا استعملت منه الملاح التي لا تذوب (يودو كيناه البزومت) وهو يؤثر
 بالخاصة في الانواع المؤلمة وقد ذكرنا طريقة استعماله . ويستعمل من الادوية
 الزئبقية الزيت السنجابي او الكالول . وهذه هي الرصفة التي يشير
 لافاي باستعمالها .

٠١٤٠ . مستغراماً

كالول

٣ اجزاء
 كمية كافية لـ ٢٠ سم

لانولين مكوفر ١/٢٠

زيت الفازلين المكوفر ١/٢٠

يحقق بهذا المحضر كما يحقن بالزيت السنجابي وان اضافة الكافور تجعله سهل التحمل .

ويجب الاعتناء بعمل الكالومل معلقاً معلقاً متجانساً برجه رجاً شديداً قبل الاستعمال .

وهي لم يوجد الكالومل يستعمل الزيت السنجابي والاركار يتول المعالجة الكهربائية :

تقتضي المعالجة الكهربائية في التابس من اوجه عديدة :

(١) اذا اثر كثر بالتمرين تبهت العضلات وقوت الجهاز العصبي وتستعمل الكهرباء بشكل تيار فرادي . نظم (Faradisation rythmée)

(٢) تسهل الدوران المحيطي ، وتغذي الجلد والعضلات وتستعمل هيلثنر حمامات موضعية بشكل تيار متواصل او رذاذاً من التيار السريع التواتر (Hat.Fréquence) .

(٣) في الحالات الموهلة يفيد الحمام الساكن ، او الرذاذ بالتيار السريع التواتر فائدة كبيرة و يفيد أيضاً التيار الغلفاني اشد الفائدة بوضع القطب الايجابي على الناحية القطنية والسليبي على النقرة .

(٤) يفيد التيار الفرادي في حالة فقدان الحس .

وهيوزان تشرك مع المعالجة الكهربائية المنضحة (دوش) بالماء الفاتر حتى كان التهاب في الاعصاب المحيطة او التبريج متى وجد ضمور عضلي .

المعالجة الحرارية :

ان الحمامات (المياه المعدنية) هي من الوسائل المساعدة على تسكين

الآلم وتسهيل المشي وان حمة لاملو (Lamalou) من اشهر المياه المستعملة في هذه الحالة . وحرارتها بين ٢٤ - ٣٤ ونصف بخامسة الاشعاع وفي تستعمل حمامات او مناضج او مقاطس ، وكثيراً ما تزول الآلام الراحة زوالاً تاماً في المرضى الذين يعالجون بحمة (لاملو) وتتحسن نفساً محسوساً وتغيب النوب المعدية واختلالات العاصرات .

اما مياه بلارمه (Balarné) فناجعة في الاختلالات الحركية كاشلل النصبي السفلي .

ويعالج الضمور العضلي عياله بوربون (Bourbonne) وبلارمه وسانت أمان (Saint . Amand)

ويداوى بطلان الحس عياله رايه (Rayat) الكربولية النازية

معالجة الاعراض :

تكافح الآلام بكلوورود الصوديوم ويعطى منه في اليوم ١٦٥٠ غرام وتوصف منه هذه الوصفة :

كلورود الصوديوم	٠.١٧٥	ستغراماً
كبريتاة الكينين	٠.١١٠	ستغرامات
غليسرف وفسفاة الكلس	٠.١٢٥	ستغراماً

لبرشانة واحدة . تؤخذ واحدة في مبدئ كل طعام .

وللكظرين (ادرنالين) حسب رأي سيكار (Sicard) ولارمويه (Lermoyez) تأثير بين فها يستعملان حقناً في الوريد بمقدار ربع الغرام او نصفه مذايين في ١٠ سم مكعبة ماء ويجب ان يحقن بالعلاج بتأده

ولنذكر دائماً ان الاستحمام بالماء الحار او الفاتر مفيد في بعض الحالات
 معالجة النوب الحشوية يحتب استعمال المورفين ثلثا يعتاد المريض هذا
 السم اما الفاحين (الاترويين) فيجوز استعماله بشكل حبيبات في كل منها
 بصف ملغرام وللحقن الشرجية الحارة تأثير كبير في تسكين زحير المستقيم والمثانة
 التدريب التدريجي اذا درب العضلات ومرنها اختصاصي ماهر حسب
 طريقة فرنكل (Frenkel) قاوم تدريبه هذا عدم انتظام الحركة ولنذكر
 ابداً ان هذا التمرين ممنوع في التابس الحاد او تحت الحاد او المقرون
 في تشوشات المفاصل او بالعمى لان المريض الذي لا يبصر لا يستطيع ان
 يحس عدم انتظامه

التدابير الصحية العامة : يجب ان يعيش المصاب بالتابس غيشة هادئة
 بعيدة عن كل تعب جسدي وعقلي فيوصى المريض باتباع وصايا (ارب) التي
 كان يشير على مرضاه الغتيان باتباعها وهي : العيش الهادئ البعيد عن كل تعب
 ٤ - معالجة الشلل العام

ان الشلل العام مرض افرنجي وليس نظير الافرنجي (Parasyphili-
 tique) كما كان يظن فورنيه (Fournier) وقد ثبتت هذه القضية منذ
 تنبغات نوغوشي (Noguchi) وموري (Moore) (١٩١٣) اللذين تمكنا
 من اظهار العامل الافرنجي في المحضرات المأخوذة من دماغ المصاب بالشلل
 العام وقد اكدت هذا الكشف تحريات مارين (Marines) وميناه (Minéa)
 ولافادي (Levaditi) وماري (Marie) واننا نقر على الرغم من كل ما لدينا
 من الاسلحة اثنا هاجزون عن القضاء على هذا العادل في معالجة الشلل العام

وان الامر لا يخلو من الغرابة فلا بد من الاعتقاد بأن البرميات تكون في دور الضولة مستقرة في اعماق النسيج العصبي فقد وجد هذا العامل في باطن الخلايا الهرمية الكبيرة فيأمن فعل العلاجات المسوقة بطريق الدوران وتأثيرها . فهذا الفشل في المعالجة يدعونا الى تشخيص الشلل العام في دوره السابق للسريريات في ذلك الوقت الذي يتصف به المريض بوجود الخلايا البلغمية (الانفاوية) في السائل الدماغي الشوكي . وان المعالجة القوية في هذا الدور قد تحول دون انتشار القوعة الى النسيج العصبي الخاص ومتى كان المريض في دور الصولة كان تطبيق المعالجة المضادة للافرنيجي واجباً ولو تحققنا قلة فائدتها .

فتستعمل الملاح الزرنخيية والنوفار بمقادير قليلة لان المقادير الكبيرة تسبب وذمة دماغية وطوارئ شمية وخيمة او مميتة . فاذا تحمل المريض الحقن الاولى زبدت النكمية كل ٤ - ٥ ايام وثو بر على المعالجة مدة مديدة . وحقن الوريد مفضل الا ان حقن العضل وثقت الجلد جائز اذا استعمل مستحضر كالمثار سنو بانزول مسا كا . ويستعمل من البزموت يودو بزموتاة الكينين بالطريقة التي استعمل بها في التابس (فتصنع منه مجموعات يتركب كل منها من ١٥ - ٢٠ حقنة وتجرى الحقن مرتين في الاسبوع) .

اما الزئبق فيجب تجنب استعماله لانه مضر في الشلل العام وقد اقر رأي الاختصاصيين على تركه .

وان تحسين المصابين بالشلل العام تحسناً مؤقتاً ممكن بفضل هذه العلاجات المستعملة منفردة كانت او مشتركة وقد فكر سيكار ورويه بعد ان تحققاً فشل هذه العلاجات في هذا الداء ان ذلك ناشئ من ان الادوية لا يتصها النسيج العصبي ويثبتها به فجرب برب وسازري ان يدخلوا مع العلاج الزرنيخي او اليزموتي مادة تولد صدمة او مسادة مولعة ولوعاً خاصاً بالخلايا العصبية فتقتل الادوية القاتلة للزهري وتلصقها بالخلايا المذكورة واستناداً على هذا المبدأ وجدت طريقتان ولا تزالان قيد التجربة :

تبني الطريقة الأولى على التحسن الذي يطرأ على المصابين بالشلل العام بعد ان يعالجوا بالمداواة الحمية (Pyrétothérapie) وبالحقن بالاسلين (الثوبركولين) او بنويات الصودا (Nucléinate) وقد لاحظ (بيله) ندرة الشلل العام في المصابين بالتسمم البردائي فعن له ان يلقح المريض بمقمنه تحت الجلد او في الوريد ببضعة سائحات من دم مصاب يحوي المصورات النشيطة (*Plasmodium vivax*) ثم يتركه عرضة لبضع نوب بردائية ويعالج المريض بعدها بالكينين

ان هذه الطريقة حسنت تحسناً يائناً حالة هؤلاء المرضى غير اننا لا نستطيع ان نقول بانها شافية لان تفاعلات السائل الدماغي الشوكي لم تعد طبيعية

وقد اوصى برب وسازري بطريقة اخرى : فكر هذان المؤلفان في ان مناعة الشلل العام على المعالجة ناشئة من اتصاف النسيج العصبي بطاقة ارجاعية مع ان ٩١٤ واليزموت لا يقتلان العامل المرضي الا بعد ان يتحصضا

(يتأ كسدا) فاستعملنا الزرنيج السداسي المعادلة (Pentavalent) بشكل ستوفرسول (Stovarsol) فهو لا يؤثر الا بعد الارجاع .

يحقق الوريد او العضل ثلاث مرات في الاسبوع بغرام ونصف من العلاج حتي تصبح الكمية ٢١ او ٢٢ غراماً من ستوفرسول بولنك السودي (Stovarsol sodique Poulenc) وقد ظهر على اثر ذلك تحسن بين في الحالة العامة . لأن المتعدين من هؤلاء تمكنوا من ترك اسرهم ومزاولة بعض اعمالهم . وقد خف في بعضهم الاهتزاز اللبني والرجفة تحسناً بئناً . وتقصت الاختلالات العقلية نقصها في الذين كانوا يعالجون بالمداواة البردائية . غير ان التبدلات الطارئة على السائل الدماغي الشوكي لم تعد طبيعية وان تكن قد تحسنت في بعض الاحوال الامر الذي يدعونا الى القول بانه ما من طريقة من الطرق تدعى شافية شفاءً حقيقياً وعدا ذلك فلنذكر ان كلتا الطريقتين لا تخلوان من الخطر فان المرضى الذين وهنت قواهم وقل دفاعهم بسبب شللهم العام لا يقوون على تحمل البرداء في بعض الاحيان وكذلك القول في الستوفارسول الذي يحدث في بعض الاحيان كسائر مركبات الزرنيج السداسية التهاب العصب البصري وما يعقبه من النتائج الوخيمة .

وقبل ختم هذا الباب نذكركم ان توفي العلل العصبية الباراكيميائية اسهل من شفائها وان ثوقها يلخص بكلمتين : ضرب الافرنجي منذ بدئه ضربة شديدة قاضية بمعالجة فعالة ومراقبة الجهاز العصبي مراقبة دقيقة لثلاث بدو فيه ضعف من الاضغاث وذلك باجراء البزل القطني وتحليل المائع

الدماغي الشوكي لأن هذه الاضغاث كما قلنا آتت في مدة كامنة مخفية لا اعراض سريرية لها ولا شيء يدل عليها سوى كثرة الخلايا البلغمية في السائل الدماغي الشوكي

اذن من النجاح يقوم بمعالجة هذه الآفات العصبية في دورها السابق للسريريات ولنذكر ابدأ ان الراحة الجسدية والعقلية واتباع نظام غذائي مناسب من الامور الاساسية ايضاً .

ويسكن للتنبه بالحمات الفاترة ويبرومور البوتاسيوم واما في دور الشلل فتؤخذ الاحتياطات اللازمة لمنع الحشكريشات عن الحدوث .
ومتي كان قلبه المريض شديداً او متي كانت حالته تقرب من حالة الجنون الحاد مع هيجان وهذيان يجب ان يمدّ بمختل الشعور فلا يكفي عزله في امرته بل يجب وضعه في مستوصف صحي او في ملجأ المجانين .



تحليل أبحاث أساتذة المعهد الطبي

المنشورة في الصحف الفرنسية

ضباع المزج (Asymbolie) الوحيد الجانب : للحكيم ترابو استاذ في المعهد الطبي
وطبيب المستشفيات العسكرية

نشر الحكيم ترابو في جزءه ١٢ كانون الثاني المنصرم من المجلة المسماة [Encephale الدماغ] وهي من كبريات المجلات الطبية التي تصدر عن باريس وتعالج الموضوعات العصبية والنفسية ، مقالة مستوية درس فيها مرضاً من أندر الامراض وقوعاً صادف في أحد مرضاه ، متصفاً بنشوش في وظيفة اليد اليسرى كان يتمتع عن معرفة الاشياء التي تلمسها مع ان الحسيات الاخرى كالتذوق بقيت فيها سليمة وكانت تدرك بها صفات الاشياء الاساسية : كالوزن والحرارة والشكل والمطعم الظاهر الالمس او الخشن . اذن كان يمنع هذا التشوش المريض عن ان يؤولف مجموعة من هذه الحسيات المتنوعة ويصده عن ان يمزجها حزجاً يمكنه من معرفة الشيء الذي يلمسه كما هي الحالة الطبيعية في الانسان . وقد سمي هذا التشوش بضباع المزج (Asymbolie)

وقد توصل الحكيم ترابو بعد ان فحص جهاز مريضه العصبي فحصاً بالغاً متعمق الدقة الى اقرار آفة هذا الداء التشريحية في مسير الالياف المزهرة القشرية (Thalamo - corticales) في الدماغ الواقعة قرب الالياف التي تسبب آفتها الداء المسى بضباع تمييز الاشياء (Apraxie) وسبب هذه الآفة في المريض قد نجم من تشوش التروية في الدماغ المسبب عن ذات الشرايين الاخرى . وقد شفت المعالجة المضادة للافرنجي المريض بسرعة فائقة .

معالجة السل الرئوي الجراحية (١)

للحكيم لومر كل استاذ السريريات الجراحية والنسائية



ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ان العدد العديد من الآفات السلية الخارجية التي ترونها في السريريات قد قيض لنا صراراً ان نحدثكم عن معالجة هذا الداء مما كانت مظاهره وقد دعنا الى ايقافكم على ما استحدث من المعالجة الدوائية الموجهة الى مكافحة هذا الداء كالمدواة بالشمس والمدواة الحيوية وغيرهما .

وقد كبتكم ملياً عن ذلك العامل العجيب في الوقاية الذي نحن مدينون به للاستاذ كالمث وهو اللقاح الصفراوي ع . ك . غ « B.C.G. » الذي نشرته هذه المجلة عنه الفصول الإضافية وعن ذلك العامل الآخر الذي اوجده مستوصف باستور ايضاً فكان دعامة للمعالجة المضادة للسل أريد به خلاصة مولدة الضد السلية المتييلة (Extrait antigène tuberculeux méthylique) التي شاهدتم استعمالها وحدها في معالجة الآفات السلية او كمساعدة للمعالجات الاخرى وقد اعطت نتائج حسنة .

غير ان كل هذا يعد من دائرة المعالجة الدوائية التي يوجه فعلها الى الآفة العامة والى دفاع البنية او الى البيئة . اما المعالجة الجراحية فانها توجه الى

الآفة الموضعية نفسها فنستأصل تلك الآفة او نثبت العضو المريض فتمنعه عن الحركة . والتثبيت كما رأيت في السلين العظمي والمفصلي اس المعالجة ان لم نقل كل المعالجة .

وقد اتجهت الانظار في السل الرئوي الى تثبيت الرئة طبقاً للقاعدة التي اوردناها فاستنبطت الريج الجنبية الاصطناعية وهي اكثر علافة بالجراحة منها بالطب الداخلي . واوجد قطع عصب الحجاب الحاجز (Phréni) (cotomie) وتصنيع الصدر خارج الغشاء الجنبى (Thoracoplastie) (extrapleurale) او (Thoracectomie) .

اما الريج الجنبية الاصطناعية فانها تفضي الى همود الرئة الفاعل واما قطع عصب الحجاب الحاجز وتصنيع الصدر فالى همودها المتفعل .
ما هي النتائج الخلقية (الفسيولوجية) التي تلي هذه الطريقة ؟

١ - اراحة الرئة : وقد رأينا ان التثبيت هو اس المعالجة في جميع انواع السل كداء بوط والسل المفصلي وغير ذلك

٢ - القضاء على الوظيفة : وينجم منه ان مولد الحموضة (او كسجين) يتقص في الرئة فتخف حيوية العصيات السلية . وعدا ذلك فان الهواء يتمتع عن الجريان في الرئة وعن نقل الاغبرة المفعمة بالجراثيم فتزول التعفنات الثانوية والحى الناشئة منها . ولا تعود الاقسام السليمة من الرئة تتجرأ اليها بالتنفس المفرزات الملقاة من البوءر السلية فتبقى هي والرئة الثانية في مأمن من شر العدوى .

٣٣- تقارب اعضاء (جدران) الاجواف المرضية : متى ضغطت الرئة وهمدت وانخضعت التصقت اعضاء الكهوف السلية بعضها ببعض فكان التصاقها من اكثر الشروط ملائمة لاندماها .

٣٤- تبدل الجر يانين الدموي والبلغمي : يخف الجر يان الدموي والبلغمي او ينقطعان فيزول الغزف الرئوي و يقوى عامل التصلب ويمتنع امتصاص الالتهابات فتزول بسبب ذلك اعراض التسمم السلي : كالحمى والعرق والبقع (عدم الاشتواء)

وان اسهل واسطة للحصول على هذه النتائج انما هي ولا مشاحة الريح الجنبية الاصطناعية . وقد عرفتم ان افضل غاز يحقن به انما هو الآزوت لأن امتصاصه ابطأ من الغازات الاخرى ولأنه لا يخرش غشاء الجنب غير ان الحقن به يستدعي بعض الشروط النشربية : اولها ان يكون غشاء الجنب حرراً اي خالياً من الالتصاقات لكي يتكون جيب غازي ، وثانيها ان تكون الرئة قد حافظت على مرونتها فتمت كانت مصابة بالانفاس الرئوي فشلت المعالجة وثالثها ان يكون السل مستقراً في حشا واحدة فاذا كانت الكبد او الكليتان او الامعاء او سواها من الاحشاء مصابة بالسل كان ذلك مانعاً يمنع اجراء الريح الجنبية الاصطناعية . (اما ذات العظم والتهابات المفاصل السلية فليست من مضادات الاستطباب) .

الاستطبابات السريرية : يقرر الطبيب الاختصاصي بالسل هذه الاستطبابات وما على الجراح الا الاجراء . ان الريح الجنبية تعالج بها الانواع السلية السائرة سيراً حاداً ولا سيما الانواع المقرونة بالنفث الدموي .

ولا يجوز ان تعالج بالابر الهوائية :

١- الانواع التي تسير سيراً بطيئاً ولا تصحبها حمى .

٢- الانواع الليفية

٣- الانواع المصحوبة بانفخاخ رئوي (وهي تصيب الرئتين في الغالب)

٤- الانواع المتقرحة التي يصحبها كهف متسع ملتصق وحمى شديدة

واذكروا دائماً اهمية هذه المعالجة في الامور الاقتصادية والوقاية لأن

الريج الجنبية الثابتة بازالتها النفث المغم بالمصببات السلية تزيل العدوى

وبانقاصها مدة المعالجة في المصححات توفر اموالاً طائلة .

واعلموا أخيراً ان الريج الجنبية معالجة طويلة المدة وان المشاهدة عليها

ضرورية جداً ولا ننسوا ان الابرة الهوائية لا تنجح لابل تسبب خطراً

يئناً اذا لم يثابر الطبيب على اجرائها سنوات عديدة (راجع مؤلف دو مارست

ومورار عن طريقة اجراء الريج الجنبية الاصطناعية) .

واما متى لم يكن اجراء الريج الجنبية ممكناً فيفكر الجراح سيق في قطع

عصب الحجاب الحاجز او بتصنيع الجذع وربما احتيج الى العمليتين معاً .

اما قطع عصب الحجاب الحاجز (Phrenicotomie) فهو احق بأن

يسمى استئصال عصب الحجاب الحاجز (Phrenicectomy) القسبي لأن

الواجب يقضي باقتطاع بضعة سنتيمترات من العصب حذراً من ان يترم

بعد القطع والغاية من هذه العملية ان يشل نصف الحجاب الحاجز فتعمل

هذه العضلة في منتصف الجذع ويبقى نصفها ثابتاً بدون حراك . وان ارتفاع

الحجاب الحاجز في جوف الصدر ينقص سعة هذا الجوف ويضغط الرئة

ويثبتها بعض التثبيت ويسهل تخفيض (Drainage) الكهوف بالشعب .
استطبات العملية : تجرى العملية ١ - متى لم يكن انخماص الرئة ممكناً
 بالابرة الهوائية بسبب التصاقات غشاء الجنب ومتى لم يكن تصنيع الجذع
 ممكناً بسبب سوء حالة المريض العامة .

٢ - في آفات القاعدة التي تميل دائماً الى الانتشار والامتداد لأنها
 واقعة في القسم الذي تمده الحركات التنفسية تمديداً شديداً

٣ - في بعض انواع السل الكهفي التي تكون بها الآفات قد عمت
 الرئتين فكانت الريح الجنبية او تصنيع الجذع ممنوعين فيها .

ويموز ان تشرك هذه المعالجة بالريح الجنبية متى لم يفد قطع المصب
 وحده الفائدة المطلوبة او متى كانت الريح الجنبية قد بوشرت وانقطع
 عن اجرائها .

طريقة الاجراء : هذه العملية عملية لا خطر فيها ولكنها دقيقة للغاية
 ويشترط في اجرائها ان يخدر المريض بالتخدير الموضعي ولا بد من انتقاء
 المريض الصالح لهذه العملية اذا رغبتا في ان تكون النتائج حسنة وذلك
 بفحصه فحصاً شريحياً دقيقاً والنظر اليه بالاشعة ورسمه بها على ان يقوم
 بهذا الفحص اختصاصي ماهر بمرض السل .

النتائج : بعد ان يتم اجراء العملية يظهر بالاشعة ان الحجاب الحاجز
 قد شل نصفه المناسب للجهة التي قطع عصبها وبعد ان تمر بضعة ايام على
 العملية يبدأ الحجاب الحاجز بالارتفاع في جوف الصدر حتى انه يبلغ بعد
 عشرة ايام في اثناء الشيق ٧-١١ سنتيمتراً ويلاحظ ان الكهوف السلية

قد نقص حجمها وتقربت اعضاءها لامر الذي يسهل نديها .

واما من الوجهة السريرية فلا يطرأ تشوش على التنفس ويتمكن
المبضوع ^(١) من الوقوف في اليوم الذي يلي العملية . وتزداد القشاعات
كثيراً لأن المسلول يفرغ كهفه وتحسن الحالة العامة تحسناً محسوساً فيزداد
وزن المريض . ولا بد من المواظبة على الراحة في اثناء هذه المعالجة
لأنها ضرورية .

غير ان هذه العملية البسيطة التي لا خطر منها فلما تكون نتائجها التي
اوردناها ثابتة كما هي عليه نتائج تصنيع الجذع .

تصنيع الجذع خارج غشاء الجنب : (Thoracoplastie extrapleurale)

او بالاحرى قطع الاضلاع المتسع (Thoracectomie large) : الغاية
من هذه العملية اندفاع جدار الصدر بعد عودته متحركاً نحو الرئة
وضغطه لها ضغطاً مستمراً فتعود ثابتة ويخف الدوران فيها وتقل وظائفها .
طريقة العمل : تقوم هذه العملية بقطع متر او متر ونصف المتر من

الاضلاع وذلك بقطع ١٠ - ١٥ سنتيمتراً من الاضلاع السفلى و ٦ - ١٠
سنتيمترات من الضلع الثانية و ٣ - ٤ سنتيمترات من الضلع الاولى .

ويجب ان ينغمص الفص السفلي من الرئة اولاً حذراً من ان يؤدي
انغماص الفص العلوي في البدء الى افراغ محتوياته في الاقسام السفلى من
الرئة المصابة او في الرئة الثانية السليمة .

(١) المبضوع ترجمة (Opéré) وهي من اوضاع العلامة الاب الستاس

ماري الكرملني

ولا بد من قطع الضلعين الاولوين ايضاً اذا كنا نرغب في ان يكون تحرك جدار الصدر كافياً لأن هاتين الضلعين هما مفتاح قبة الصدر وهذا هو اخرج زمن من العملية وهو الزمن الثاني .

وهذه العملية اهم من العملية السابقة (اي قطع العصب) . يترتب على الموضوع بعد نهاية العملية ان يبقى في فراشه وفي وضعة نصف الجلوس و يبدو وجهه بنفسجياً او شاحباً فنستدعي حالته مراقبة دقيقة مدة ٢٤ ساعة وذلك بجعته بالدمجيتالين والكفترين (ادرنالين) والمورفين . ويمحوز ان يقف في اليوم الخامس وان يترك المستشفى بعد نزع الخيوط بعشرة ايام لابساً مشدأ .

ويظهر في اليوم الخامس عشر اذا قيس محيط الصدر ورسمت الجهة بالاشعة ان الجنب المبسووعة قد انخضعت .

والوفيات بعد هذه العملية قليلة جداً خلافاً لما كان يظنه البعض منى كان الطيب الاختصاصي قد درس مريضه درساً دقيقاً قبل اجراء العملية اما الانواع التي تستدعي هذه العملية فهي الانواع نفسها التي ذكرناها في الريح الجنبية اي الآفات الخطرة المتسعة المستقرة في رئة واحدة ولا تجرى هذه العملية الا للفتيان الذين تكون حالتهم العامة حسنة قوية والذين لا يحوز اجراء الريح الجنبية فيهم بسبب التصاقات غشاء الجنب . ويجب ان نترك العملية جانباً في جميع الانواع التي يسير بها المرض سيراً سريعاً ولا تقوم بها العضوية بما تبرهن به على دفاعها . اذن المرضى الذين يعالجون بهذه الطريقة هم المصابون بآفات مزمنة لا المصابون بآفات

حادة غير ان آفاتهم على الرغم من ازمانها لم تتوصل المعالجات العادية الى شفائها وانما الجراحة تشفيها شفاة تاماً .

و يجوز ان يشرك تصنيع الجذع بقطع عصب الحجاب الحاجز اذا قضت الضرورة بذلك . لان هذه العملية الثانية تدعم الاولى .

النتائج : لاحظنا في اليوم نفسه زلة شديدة وازرقاقاً وتسرعاً في النبض ناجماً من تبدل مقر القلب بدلاً شديداً . اما القشاعات التي كانت قد جفت في اليوم الاول فقد عادت غزيرة غزارة غريبة بعد حين لأن الرئة تفرغ محتوياتها كأنها اسفنجية قد عصرت ثم ان هذه القشاعات تبتدىء ثقل يوماً فيوماً وبعد ان تمر ١٢-١٥ يوماً تعود قليلة جداً ويجب ان يثار على اخذ الاحتياطات الصحية وابقاء المريض في المصحى .

ويقال ان المريض قد شفي متى وقف المرض وقوفاً تاماً فزال الحمى والعصبات وزاد الوزن ولم يعد المريض يشكو ألماً .

ويقال انه تحسن متى لم يقف السير الحاد فزال الحمى وبقيت بعض العصبات موجودة في القشاعات .

ويقال ان المعالجة فشلت متى وقع ضعف في سياق الآفة السلبية او متى اشتدت اعراض السل فقضت على المريض .

يستند آخر احصاء فرنسي على ٢٧ حادثة اجري عملياتها جراحو ليون ثمانية منهم لا يحق لهم ان يكونوا في هذا الاحصاء لأن خمسة لم يمر على اجراء عملياتهم حتى الآن ثلاثة اشهر ولأن الثلاثة الآخرين قد قضوا بين الايام الثالث والثاني عشر من العملية بسل مستعجل او ذات الرئة .

اما الباقون وعددهم تسعة عشر فقد كانت حالتهم كما يأتي :
واحد منهم مات بعد ثلاثة اشهر بسبب ناسور جنبي رئوي
تسعة كانت نتيجة المعالجة فيهم حسنة او حسنة جداً .
خمس كانت نتيجة المعالجة فيهم متوسطة الحسنة (لأن العصابات
بقيت موجودة في قشاعاتهم ولأن وزنهم لم يزد)
ثلاثة كان تحسنهم ناقصاً
واحد لم يتحسن ابداً .

وبما ان هؤلاء المرضى الذين عولجوا بهذه الطريقة هم مرضى كانت
قد فشلت فيهم المعالجات الاخرى جميعها حتى لنا ان نعد هذه النتائج
مشجعة .

وصفوة القول : ان ابتلاء المريض من الشروط الاساسية في النجاح .
وانه يبدأ بالريج الجنبية الاصطناعية اذا كان اجراؤها جائزاً لأنها
المعالجة المختارة اما اذا لم يحجز اجراؤها او اذا لم تؤدّ المعالجة بها الى نتيجة
حسنة فيلجأ الى تصنيع الجذع وبما ان هذه العملية تصدم المريض صدمة
كبيرة يشترط فيها ان تكون الرئة الثانية سليمة والحالة العامة حسنة .
ولنذكر دائماً ان احسن تصنيع صدري لا يكون الانخماص الرئوي فيه
الاقسماً معادلاً لثلاثة ارباع الانخماص الذي يتم بعد الريج الجنبية
الاصطناعية . ولا ينبغي ان هذه العملية من الصليات الكبرى التي تقطع
من اضلاع المريض قطعاً كبيرة وتصدمه شديداً غير ان لها حسناً جمة
منها انها عملية واحدة ولا حاجة الى تجديدها فان المريض يخلص متى اجراها

من الريح الجنبية التي تستدعي المشاورة سنوات عديدة . ومنها انها نقي المريض غائلة الاضغاث الجنبية . اما نتائجها فليست سريعة الظهور كما هي عليه في الريح الجنبية ولكن المريض يزداد تحسناً بعد اجرائها سنة عن سنة . فان ثلث المرضى يشفى والثلث الثاني يتحسن والثلث الثالث يفشل وليست هذه النتيجة مما يستهان به لأن المرضى الذين يعالجون بهذه الطريقة تكون قد فشلت فيهم جميع المعالجات الاخرى .

اما قطع الحجاب الحاجز فلا يرجى منه امل كبير في المستقبل اذا استعمل وحده في المعالجة ولكنه في الحالات التي لا يجوز فيها اجراء الريح الجنبية او تصنيع الصدر واسطة مساعدة على تثبيت الرئة وهو مفيد متى اشترك مع المعالجتين الاخرين اي مع ريح جنبية قسمية بسبب الالتصاقات الجنبية او مع تصنيع صدري قسمي .



كسر ناتئ الشظية الابري

ان مشاشة الشظية العليا تتركب من الوجبة التشريحية من ثلاث قطع : الثاني الابري والرأس والعنق . وان في مناسبات هذه القطع مع الاعضاء المختلفة المجاورة اي المحفظة المفصليّة والظنبوب (Tibia) والمضلة ذيت الرأسين والمصب الوركي المأبضي الوحشي ما يعلل الاعراض المختلفة والاهمية المرضية التي تستحقها كسور هذه الناحية بالنسبة الى اقتلاع الكسر لهذا الثاني الابري وفصله عن رأس العظم او الى دوره تحت هذا الرأس اي حذاء العنق .

أ- فتمت مرّ خط الكسر فوق الربط الشظوية الظنبوبية التي ثبتت رأس الشظية بالظنبوب تثبيتاً قوياً (اي متى تناول الكسر الثاني الابري) يفقد وتر ذات الرأسين الفخذية ارتكازه لأنه يرتكز على الثاني الابري ارتكازاً شديداً ويؤدّي انقباضه الى ارتفاع الثاني الابري عدة سنتيمترات وعدا ذلك لا يعود هذا الوتر قادراً على القيام بوظيفته وهي كونه رباطاً قوياً فاعلاً في مفصل الركبة فلا يبقى حينئذ غير الرباط الجانبي الوحشي ، اذا سلم هذا الرباط من الرض ، لمساعدة المحفظة وهو رباط مستدير دقيق لا يكاد يبلغ اربعة مليمترات . ولهذا كان تأثير هذا الكسر في المفصل محققاً وهو اقتلاع المحفظة وحصول الركبة الروحاء (Genu varum) وانخلاع المفصل الممكن الوقوع .

٢- وبعكس ذلك اذا وقع خط الكسر فوق الربط الشظوية الظنبوية (اي كان الكسر في العنق) فانه لا يؤثر تأثيراً شديداً في المفصل لأن الارتكاز السفلي لوتر ذات الرأسين وارتكاز الربط الشظوية الظنبوية العمليا يظلان بالملين فيبقى الجهاز الوحشي الداعم للمحافظة المفصالية موجوداً غير ان خط الكسر يمر هنا ملامساً للعصب الوركي المأبضي الوحشي وقد ينال الرض هذا العصب فتبدو اعراض شلل مختلفة المدة والشدة .

ان الاسباب المؤدية الى وقوع هذه الكسور قد تكون مغمضة غير انها في كسر ناتي الشظية الابرى لا تخرج عن تقلص العضلة ذات الرأسين الفخذية تقلصاً عنيفاً متى زلت قدم المرء فهوى وحاول ألا يسقط فان هذا التقلص الذي كان ينسب اليه في ما مضى سبب الكسر لا يزال حسب ظننا كافياً لذلك .

واما من الوجهة السريرية فان المشهد الذي يمثله هذا الكسر مشهد نتجلى فيه الاعراض المفصالية اكثر من اعراض الانكسار العظيم ولهذا ليس الزمن الاساسي في هذه المعالجة اصلاح قطعي العظم للكسر وجعلها متحاذيتين ، فضلاً عن ان هذا الاصلاح يكاد يكون مستحيلاً نظراً الى صغر قطعة الناتي الابرى، وانما هو اصلاح المفصل بخياطة المحافظة خياطة دقيقة وثبتت مفصل الركبة الفحجاء (Genu valgum) الخفيفة ثم تحريك المفصل بعد بضعة ايام تحريكاً رشيماً لطيفاً .

ان نتائج هذه المعالجة الجراحية باهرة جداً . « م . خ »

التخدير العام

بمزيج شليخ وبجهاز امبردان

من المعلوم ان المخاذير الخاصة بالكوروفرم والاثير ، وهما المخدران المامان الاكثر استعمالاً ، تزول او تنخفض خفة كبيرة متى مزجا ونقص سميتها لانهما متى كانا ممددين امتص من كل منهما مقدار قليل .

ان مزيج شليخ (اثير ١٠ غرامات ، كلوروفرم ٧ غرامات ، كلور المتيل ٣ غرامات) هو الاكثر استعمالاً في فرنسة . غير انه اذا خدر به بواسطة الرقادة كان المقدار الذي يصرف منه كبيراً جداً ولهذا فكر (سيوف) في (ليل) و (دغوث) و (ريكار) في (ليون) ان يخدر به بواسطة جهاز (امبردان) لأن هذا الجهاز ينقص مقدار المخدر كثيراً ويمكن القائم بالتخدير من تنظيم تخديره نظماً حسناً يوضع في الجهاز ٣٠ غراماً ويبدأ بالتخدير بلطف منذ الصفر حتى الرقم ٥ او ٦ بخلال عشر دقائق على الاقل وقلما يحتاج المخدر الى بلوغ الرقم ٨ وان اللطف والابطاء في التخدير ضروريان والاسراع به مضر جداً .

ويكفي هذا المقدار بعد ان يكون قد نام المريض لبقائه مخدراً مدة ٣٥ - ٤٠ دقيقة فاذا كانت العملية الجراحية تستدعي وقتاً اطول من ذلك وبدأت على المريض اعراض الافاقة وضع في الجهاز مقدار آخر .

وينام المرضى في اثناء التخدير نوماً هادئاً فلا تظهر عليهم هذه التشوشات التنفسية ولا هذه المواد المخاطية ولا الشخير ولا انقباض الفكين هذه العوارض التي تبدو بالتخدير بالاثير وتزعج المريض والجراح والمخدر .

ولا يقي المريض بعد التخدير الا قليلاً . وقلما يصاب باعراض صدرية .
واما الافاقة من التخدير فسرعة ولطيفة وهادئة .

ولا يجد دغوث وريكار حالات تمنع استعمال هذا المزيج في التخدير غير البرقان وقد مرت عليها ثلاثة اشهر وهما يستخدمان هذا المخدر فلم تطرأ على مرضاهم اقل طارئة . وقد لاحظ هذان الجراحان ان ٣٠ غراماً تكفي للتخدير ساعة وقلما يحتاج المريض الى تنشق اكثر من ٥٠ غراماً معها طالت مدة العملية . « م . خ »

طريقة غريبة لمكافحة الاسر (النجاس البول) الزمن في المصابين بضخامة الموثة (البروستاتا)

يشير بيلادي بولازي في مقالة نشرتها «باريس الطبية» بطريقة غريبة لتحاشي القثطرة في المصابين بضخامة الموثة وبعض الاسر الزمن . فهو يذكر أولاً الاخطار التي يتعرض لها المصابون بالاسر في هذا الدور من ادوار ضخامة الموثة الذي يضطرون الى القثطرة . اذ لا يخفى الخطر الشديد الذي ينشأ منهاهما روعيت الطهارة وكان الطبيب حكماً في اجرائها .

ويتبين ايضاً ان الوسائط المستعملة حتى الآن لمكافحة تبغ (Congestion) الموثة وتسهيل البول تحاشياً للقثطرة كحمام القعد ، والحمام الحار العام ، والحقن الشرجية ، والفتائل لا تزال قاصرة عن بلوغ الغاية فضلاً عن ان فائدتها موقته سريعة الزوال .

ويقول اننا اذا ضربنا صفحاً عن الاسباب الآلية (الميكانيكية) التي لا تحدث تبغ الموثة فانتا لا تقوى على انكار ما لتقلص المثانة من التأثير في دفع البول . فتبي ضعف هذا التقلص عاد عاجزاً عن افراغ المثانة افراناً كاملاً . فبقي فيها من ١٠٠ - ٥٠٠ غرام بول ويكون ذلك سبباً في تبغها وامتلائها السريع بالبول . وفضلاً عن ذلك فان هذا البول الراكذ يتحول ويعود قلوياً فيظهر فيه النشادر ويكون سبباً في التسمم البطي .

ولا يخفى ان الموثة في هذه الحالة ترفع عنق الماثانة فتكون فيها قعراً
 يجتمع فيه هذا البول . فيرتب علينا ان نزيل هذا القعر وإزالته ممكنة
 كما يعتقد بيلادي بولازي بملاته مادة ملائمة اعني مائماً لا يكوي الماثانة
 ولا يخرشها متصفاً بفعل مضاد للتعفن متى صحب ضخامة الموثة التهاب مثاني
 ويجب ان تكون كثافة هذا المائع اقوى من كثافة البول وألاً يؤثر
 البول فيه فيتلفه . وقد ظهر ليلاً بعد اعمال واختبارات شتى ان زيت
 السمسم الهروي الذي نسبته ٣٣ . / متى كان محضراً تحضيراً حسناً
 ومغسولاً غسلاً جيداً يفي بهذا الغرض .

بملاً قعر الماثانة بهذا الزيت على ان تكون كميته اكثر من كمية البول
 التي تبقى عادة في الماثانة بعد ان يبول المريض ويبدل هذا الزيت كل شهرين
 او ثلاثة لشهر مرة .

ان هذه الطريقة حسنة من الوجهة النظرية غير اننا لا نعلم قيمتها

« م . خ »

في الممارسة .



غدة العضلة الرحمية

Glande Myométriale

للحكيم شوكة موفق الشطي استاذ فن النسيج^٢ والشرح المرضي

ابان انسل و بوان (Ancel, Boin) سنة ١٩١١ انه يوجد في رحم الارنبه الحاملة غدة داخلية الافراغ وان هذه الغدة لتكون من خلايا ضامة وعضلية تلعب في خلال النصف الثاني من الحمل دوراً غذياً وان مفرزات هذه الغدة تلتق في اوعية شعرية مستحدثة او في جيوب دموية كبيرة دون ان تغذ السخد الجنيني . ثم بحث عن هذه الغدة (كيفر Keiffer) وجرار (Gérard) وكونو (Cuénot) وبرونس (Bruntz) ومرسية (Mercier) وغيرهم .

وقد اخذ كيفر (Keiffer) منذ عهد غير بعيد يفاتش عن هذه الغدة في رحم المرأة الا انه لم يتوصل بعد الى نتائج أكيدة لأسباب شتى اهمها صعوبة الحصول على ارحام نساء حاملة في ادوار مختلفة من الحمل . لذلك اكتفى بوصف هذا العضو في رحم القبعة (Cobaye) .

نمو هذه الغدة : تنمو هذه الغدة في سمك العضلة الرحمية وتنجم من تحول الخلايا الضامة المحيطة بالاوعية والمستقرة تحت الخلب والبشرة المخاطية وبعض الخلايا العضلية وتنفخ هذه الخلايا فيشابه منظرها منظر الخلايا نظيرة البشرة ثم منظر العناصر الغدية ويبدأ نشاط هذه الغدة في القبعة

في النصف الثاني من الحمل .

تكونها النسيجي : تنمو الخلايا العضلية والضامة فتزداد حجمها وتصبح ليفيات العناصر العضلية واضحة وتكبر النواة وتضيق الهبولي شقوقها فتعود كدرة ثم تصبح حبيبية .

اما الخلايا الضامة فتكون هيولاءها في البدء شفافة ونواتها مولعة بالالوان ثم تنعكس الهبولي لا ارتشاح الحبيبات وتضخم النواة فيعود شكلها كروياً . ويعود منظر الخلايا العضلية من جراء هذا التحول نظير البشرة ثم لتنفخ وتستمتقي وتطراً عليها التبدلات الآتية :

أ - نحل النوى والهبولي

ب - تنقسم النواة وحدها بطريقة الانقسام المقصود الى ٢-٤-٦
٨-١٢ نواة ولا تجارها الهبولي فتصبح النوى الجديدة ساجحة في هبولي مشتركة شبيهة بكتلة مصورات (Masse plasmodiale) ولا سيما حينما نتحد بضع خلايا بعضها ببعض .

ج - يضطرب الجسم الخلوي والاجزاء الموجودة فيه فتبتلع الكريات البيضاء قسماً منه ويتحول الى اصبغة .

حوادث الامتصاص في الغدة : - في الغدة كثير من الاوعية الشعرية واوعية البلم واوعية الاوعية وان ذلك لما يساعد على امتصاص مفرزاتها . والخلايا الفارشة ^(١) هنا منظر خاص فهي متنفخة كروية

(١) الفارشة ترجمة (Endothélium) وهي من وضع العلامة الاب انستاس

الشكل اء مكعبة بارزة في ضياء الوعاء . نواتها كبيرة وشكلها كروي . وترشح في الميولى حبيبات مولعة بالالوان وقد يقع بعض هذه الخلايا في قناة الغدة فيسدها . واذا دققنا في هذه التبدلات الجارية في الاوعية الكبيرة الرحمية نرى ان خلايا القميص الباطن تبدأ بالتبدل ثم تتبعها خلايا البطانة الوسطى وتكون التحولات في خلايا هذه البطانة مهمة جداً . وقد لاحظ كيفر ان خلايا هذه الغدة لا تنقسم اعتنافاً وان عناصرها تعود الى تركيبها المعتاد بعد الوضع بمدة وجيزة .

ما هو مدلول هذا العضو المولت الذي ينمو في النصف الثاني من الحمل وينتهي دوره بعد الوضع مباشرة وهل ينمو في غير ذلك الجين ؟
تصور النسل وبوان ان هذه الغدة تسهل حصول التبدلات التي تطرأ على بدن الحامل وأبان ان ذلك يحتاج الى توسط غدتين موقعتين اولاهما الجسم الاصفر في المبيض الذي يعمل في النصف الاول من الحمل وثانيتهما غدة العضلة الرحمية التي تعمل في النصف الثاني من الحمل . اما كيفر فيعتقد ان جميع ما قيل في هذا الصدد لا يخرج عن دائرة الفرضيات وان العلم لم يسبر بعد غور خلقه هذه الغدة وقد شاهد هذا الاستاذ بدء نمو الغدة المذكورة منذ الشهر الثالث للحمل .

كشف جرار في خلايا غدة رحم القارة مولد السكر واظهر ذلك كيفر في غدة القبة وانكر كونو ومرسيه وغيرهم افراز الغدة الداخلي على اثر التجارب التي اجروها بالحقن بمحلول فحماة اللتين المشبع المحتوي على القرص بنسبة ٣ في المائة لأنهم شاهدوا ظهور حبات القرص في خلايا

الغدة وفي خلايا الكلية فاستنتجوا من ذلك ان لعنصر هذه الغدة عملاً
افراغياً كالكليسة : إلا ان كيفر وزايمس (Zeims) ابدىا الملاحظات
الآتية : وهي ان حوادث افراغ حبات القرمز ليست خاصة بخلايا الغدة
الرحمية وحدها بل تشاهد في خلايا الحلب والاوعية والخلايا الضامة العادية
وفي الكريات البيضاء والبلعيات الكبيرة المستقرة في الرحم . وقد تساءل
كيفر عما اذا كانت هذه المشاهدات كافية لدحض آراء انسل وبوان
عن افراز الغدة الداخلي ؟ هذا ما لا يخال كيفر ويعتقد اكثر النسجين
ان المسألة عويصة لم تُنفذها بعد اشعة العلم الوضاعة ولا تزال تحجب المتتبعين
عن معرفة غوامضها صعوبات جمة .

هذا ويسعى المؤلفون اليوم الى معرفة حقائقها فلو قسنا الغدة الرحمية
بالسخذ (البلاسنتة) الذي مرّ بأدوار اشدة غموضاً لرأينا ان مثابرة
المتتبعين وحب الاطلاع والاخلاص للعلم كشفت عن السخذ القناع
واظهرت لنا وظائفه ولربما كان نصيب الغدة الرحمية كنصيب السخذ
ايضاً وليس ذلك بعيد فان ثقبات كيفر وخططه وحدها كافية لايضاح
كثير من غوامض الغدة المذكورة .



الصيدلة في الزراعة

«٥»

للصيدلي عبد الحميد قنباز (حماء)



المقايير حين التجفيف

ولا بد من معرفة النقص الذي يلحق النباتات حين تجفيفها لأمرين:
 ١- اللامام بنقص وزنها من حيث الوجهة التجارية ٢- لمعرفة مقدار الجفاف من الوجهة العلمية . وان القداد التالية تبين لنا مقدار النقص الذي يلحق النباتات بعد التجفيف . واننا نأتي في نهاية كل جدول على النسبة الوسطية بين المادة وهي يابسة جافة وبينها وهي نضرة خضراء . وهذه النسب مأخوذة عن التقاويم الصيدلانية المصححة المضبوطة فهي اذن النسب الحقيقية للنباتات المجففة .

...

جدول يبين المقادير الباقية من تجفيف عشرة كيلو غرامات من النباتات:

الجذور

	غرام	
Ache	٣٠٠٠	الكرفس المائي
Angélique cult.	٢٦٣٠	حشيشة الملائكة
Asperge	٣٦٦٥	الهلين
Aunée	١٨٧٠	القنس ، الراسن ، (الجناح الشامي)

٣٥٨	مجلة المعهد الطبي العربي	
٣٠١٠	القرطب اراقيطون	Bardane
٣١٢٥	فاثراء الكرمة البيضاء	Bryone
٢٧٦١	اذن الحمار	Consoude
٢١٦٠	لسان الكلب (اذن الارنب]	Cynoglosse
١٥١٠	الداليا	Dahlia
٢٥٠٠	السرغن	Fougère
٣٤٢٠	الخطمي	Guimauve
٣١٥٠	حبشة الملك	Impératoire
٢٨٠٠	البنج	Jusquiame
٣١٠٠	الحماض	Oseille
٣٨٣٤	رهباس	Patience
٢٨٩٣	الفوء حبشة المرة	Valériane

فيكون المحصول الياسس الوسطي (٢٨١٤) والنسبة النقر بنية بين
المواد الرطبة والمواد اليابسة ٢ من ٧

بصل	Bulbes	
غرام		
٢٨٠٠	بصل العنصل	Oignons de seille
٢٨٠٠	بصل الوحواح	Oignons de colchique
	البرام	Bourgeons
٣٨٥٠	الحور	Peuplier
٣٨٥٠	الصنوبر	Sapin
	السوق	Tiges
٣٠٨٠	عنب الذائب او الياسمين البري	Douce amère
	القشور	Ecorces
٤١٠٠	البوط	Chêne

Marronnier	الكستنا [ابو فروة]	٣٨٠٠
Orme	الدردار ، شجر البق ، شمش	٣٧٥٠
Sureau	البلسان	٢٩٢٥
Saule	الصفاف	٤٥٠٠

فيكون المحصول اليابس الوسطي ٣٨١٣ والنسبة التقريرية بين المواد اليابسة والخضراء الطرية ٢ من ٥

Les feuilles	الاوراق	غرام
Absinthe	الافستين	٢٦٠٠
Aconit nap.	بيتش ، خناق الذئب	١٨٥٠
Armoise	الربيل او برنجاسف	٢٤٠٠
Belladone	حشيشة المرأة الحسناء او اللقاح	١٤٠٠
Bétoine	[البتونيكية الطبية]	١٤٠٠
Bourrache	الحجم	١١٥٠
Bugle	اذن الحمار	٢٥٠٠
Calament	حشيشة السنور او باذر فنجويه	٣١٠٠
Chamaedris	الجمعة	٢٩٥٠
Chamaepitlis	بلوط الارض	٣٣٠٠
Chicorée	الهندباء او الهندبة	١٥٥٠
Ciguë	الشوكران	١٨٥٠
Digitale	حشيشة الكشابين او كف الثعلب	١٨٠٠
Euphrase	حشيشة العين او افرازيا	٣١٢٠
Fumeterre	الشاهترج او بقلة الملك	١٧٠٠
Guinauve	الخطمي	١٣٠٠
Hysope	حشيشة الزوفي	٢٣٠٠

Jusquiame	البنج	١٣٥٠
Lierre terrestre	لبلاب الارض	٢١٠٠
Mauve	الخبازي	٢١٥٠
Méllisse	ثونجان ، المليسا	٢٢٠٠
Ményanthe	نفل الماء	١٤٠٠
Menthe crépue	النعناع المجعد	١٥٠٠
Menthe poiv.	النعناع الفلفلي	٢١٥٠
Mercuriale	حشيشة عطارد	١٧٠٠
Morelle	عنب الثعلب	١٥٠٠
Molène	بوصيد	٢١٨٠
Oranger	البرتقال	٤٦٠٠
Pariétaire	حشيشة السور	٢٢٠٠
Pervenche	بنفسج الجزائر	٣٧٠٠
Rue	السذاب [الفيجن]	٢٢٥٠
Saponaire	كندس	٣١٠٠
Sauge	مرمية ، قويسة	٢٢٠٠
Scordium	الثوم البري اسقرديون	٢٠٣٠
Stramoine	الشفاح الشوكي ، بقم بلغة اليمن ، جوز مائل	١١٠٠
Tanaisie	طرخون	١٩٦٠
Centauree	القنطريون	٣٧٥٠
Caille-lait	حشيشة اللبن [غليون]	٣١٢٠

فالمحصول اليابس الومضلي ٢٢٠٣ والنسبة الثقر ببية بين النبات اليابس

وبين النبات الطري هي ٢ من ٩

Les fleurs

الازهار

غرام

Aconit nap.

نيش خانق الذئب

٢٥٠٠

Bourrache	الحجم	٠٩٦٠
Camomille	البابونج	٣٣٨٠
Guilmauve	الخطمي	١٧٠٠
Lavande	الخزامى (لاوندا)	٥١٠٠
Matricaire	الاقحوان	٢٨١٠
Mauve	الخبازي	١١١٠
Molène	بوصير	١٧٥٠
Muguet	حشيشة اللؤلؤ	١٣٦٠
Nénuphar	النيلوفر او عرائس النيل	٠٩٤٠
Ortie bl.	القراص الابيض	١٤٠٠
Oranger	البرتقال	٢٥٠٠
Pêche	الدراقن	١٥٥٠
Primevère	زهر الربيع	١٧٨٠
Souci	الاقحوان الاصفر	١٤٤٠
Sureau	البلسان	٢٥٠٠
Thym	الصمتر (الزعتر)	٣٤٠٠
Tilleul	الزيزفون	٣٢٨٠
Tussilage	حشيشة السعال	١٩٢٠
Pétales	التويجات (اوراق الزهور)	
Coquelicot	الخشخاش البري	٠٨٤٠
Œillet	القرنفل	٢٣٥٠
Pensées	المرجان زهر الثالوث	١٤٧٠
Pivoine	عود الصليب او ورد الجمير	١٧٥٠
Roses pâles	الورد الاصفر	١٨٠٠
Roses rouges	الورد الاحمر	٣٣٠٠

فيكون المحصول اليابس الوسطي (٢٠٧٥) والنسبة التقريبية بين المواد اليابسة والمواد الرطبة ٢ من ١٠ او ١ من ٥ .

ومختصر الكلام ان النسب التي توجد بين انواع النباتات وهي مجففة وبينها وهي رطبة ٢ من ٧ للجذور و ٢ من ٥ للباب و ٢ من ٩ للاوراق و ٢ من ١ : للازهار وهي تعادل ١ من ٤ في جميع المواد اي اننا اذا جففنا اربعة كيلوات من نبات نجد ان الباقي هو كيلو واحد ليس غير .

ثم ان النسب التي ذكرناها ليست الانسباً وسطية مقارنة للحقيقة ولكنها ليست صحيحة منطبقة على كل نبات انطباقاً مضبوطاً .

فاذا اردنا ان نقف على النسبة الصحيحة لنبات من النباتات وجب علينا ان نلاحظ ما هو مسطور حذاءه في القداد السالفة . لأننا اذا ببسنا زهراً رطباً وزنه عشرة كيلو غرامات فكان بعد التجفيف (٢٠٢٥) غراماً من الزهر الجاف اليابس فانه لا يماثل زهر النيلوفر او عرائس النيل (Nénophar) الذي نقل كميته عن هذا المقدار ولا زهر البابونج الذي يزن بعد التجفيف اكثر من ذلك . ولا بد من ملاحظة مهمة ايضاً وهي ان المقادير المجففة من نبات واحد تختلف كل الاختلاف بالنسبة الى سن النبات والسنة التي جني بها مثال ذلك ١٠ كيلو غرامات من جذر اذن الحمار (Consoude) مقطوفة في شهر حزيران تزن بعد التجفيف (٢٣٥٥) غراماً على ان هذه الكمية نفسها اذا اقتطفت في شهر تشرين الثاني تزن (٣١٢٠) غراماً من الجذر اليابس فقد ادنا هذه لا تعطينا الانسبة وسطية ١٠ : ١ .

التسمم بالاحذية المصبوغة

باليرندج^(١)

جمع (اولن) من الصحف الاوربية ومن مشاهداته الخاصة عدداً كبيراً من التسمات الناجمة من الانيلين او من النيترو بنزول المستعملين في صباغ الاحذية وقد كان بعض هذه التسمات شديداً .

وكانت الاعراض تظهر دائماً في الايام التي تلي لبس تلك الاحذية المصبوغة ويظهر ان الحرارة دوراً مهماً في ظهور التسمم لانها تسهل خروج المواد السامة وقد كان عرض الاحذية في بعض الحالات السبب الكبير في ظهور التسمم وهذا ممكن حدوثه متى كان الشخص رضيعاً وكان حذاءه قد صبغ حديثاً باليرندج وكان يلهو بهضه .

وقد اعلنت حادثات تسم عديدة بهذا الصباغ في المانية وفرنسة وهولندة وانكلترة واميركة .

واجريت اختبارات في فرنسة على الأرنب والقطعات فحقنت هذه الحيوانات بالمواد الصباغية تحت الجلد او جرت عنها بطريق الهم او فرك جلد لها بها فظهرت في جميع هذه الحالات اعراض التسمم وهذه هي :

يكون الشخص قد اخذ حذاءه المصبوغ منذ يوم او يومين فيشكو

(١) اليرندج او الارندج صباغ امود تصنع به الاحذية

صداعاً ودواراً وطنين اذنين و كربة وارقاً ومعضاً (Crampe) في الاطراف
 وخرزة (الآ في الظهر) و يبطئ كلامه و يترنخ في مشيته و يضيق نفسه
 بعض الضيق و يسرع قلبه و بقي و يصاب بالتبول (Oligurie) احيانا
 غير ان العرض البارز الذي يظهر قبل الاعراض العامة انما هو تلون
 الجلد بلون ضارب الى الزرقة وقد يعود الجلد ازرق مشبعاً لابل ازرق
 مسوداً كأنه جلد المختنق و يظهر هذا اللون واضعاً على صلبة العين والاظافر
 و يبرد الجلد .

ولهذا اخذت فرنسة وهولندة الاحتياطات اللازمة لمنع هذه الاصبغة
 المحتوية على الانيلين والنيتر و بنزول وتمنع الشريعة في سويسرة استعمال
 هذه الاصبغة .

و يشير اولن بتنقيص هاتين المادتين في الاصبغة و يمنع تسليم الاحذية
 قبل ان يمر على صباغها ثنائي واربعمون ساعة .



التخدير في امراض الفم

للحكيم غوستاف جينستاه احد اساتذة شعبة طب الاسنان

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

يسأل المريض طبيبه متى كان مثلاً ان يزيل عنه ذلك الالم قبل كل شيء ويسأله ايضاً متى جاءه مستشفى او كان لابد من اجراء عملية جراحية ان يتم هذان الامران دون اقل الم ولاعجب فان ازالة الالم هي الاسعاف الاول الذي يلجأ اليه المريض بالحصول عليه . وهذا ما حمل الاطباء على ايجاد التخدير ودعاهم الى ابقائه فهب اطباء كل شعبة من الشعب الى تخفيف الالم عن مرضاهم واجراء اكبر العمليات دون ان يزعمهم بالآلام هم بغنى عنها ، ولقد غالى البعض في التخدير ورغبوا في ان تتم بعض الاعمال الخلقية (الفسولوجية) المؤلمة بدون ألم مثال على ذلك الولادة

اماً في الشعبة التي خصصنا نفسنا بها وهي امراض الفم فلا يجوز ان يتألم المريض سواء أكانت الاعمال التي نجريها من نوع معالجة الاسنان البسيطة او من عمليات الفم الجراحية الصغيرة لاننا لم نعد في ذلك الزمن الذي كان يجري به الدجّالون عملياتهم في الساحات العامة وكانوا يجربون اصوات ضحاياهم بصوت الطبل ، لان التخديرات الموضعية والناحية والعامة كافية لبلوغ هذه الامنية . لابل نقول ان التخدير العام لم يعد مستعملاً في شعبتنا لأن التخدير بين الاولين كافيان في جميع الحالات

التخدير الموضعي : لانصف هذا التخدير وصفاً اضافياً لأن جميع

الاختصاصيين يعرفونه حق المعرفة . اننا نجريه بالمحفنة الخاصة وبحلول
 النوفوكائين الادرناليني الذي نسبته ٢ بالمائة (ونسبة الادرنالين فيه قطرة
 من محلول الادرنالين الاليني في كل ثم مكعب من المحلول المخدر) ونحقن
 باطن اللثة او باطن الربط بهذا المخدر متى اردنا استخراج الضرس . اما في
 قطع اللب المبدئي فنستعمل السكورو كائين بنسبة ٥ الى مائة مرسلين المحلول
 بنحو ذروة جذر الضرس .

التخدير الناحي : متى وجد تفاعل التهايي فحال دون استعمال التخدير
 او متى كانت ساحة العملية واسعة (كاستخراج اضراس عديدة) او متى
 كانت العملية مهمة وتتناول مناطق عميقة (كاستخراج الاكياس)
 نستعمل التخدير الناحي الذي يصيب الجذع العصبي فيزول الحس من المنطقة
 التي يعصبها هذا العصب زوالاً تاماً ومستمرآ . ان هذا التخدير لا يخلو من
 الصعوبة غير ان تذليلها ممكن متى كانت الالات المستعملة حسنة وكان
 جراح الاسنان يحسن معرفة النشر يح . وان مقدار المخدر الذي يحقن به
 في نقطة ملائمة للعصب يعمل لنا طول مدة التخدير . ان العصب الثالث
 التوائم وشعبتيه : العصب الفكي العلوي والعصب الفكي السفلي يُعصب
 (Innervent) الناحية الواقعة فيها اختصاصنا . وانا سندرس كيفية حصار
 هذه الاعصاب بعد ان نكون قد تكلمنا عن التخدير العام

التخدير العام : لقد استخرج في بيروت خلال سنتين ٤٣٠٠ ضرس
 في عيادة الطبيب الجراح فاليكس جنستاه . وقد استخرجنا نحن في دمشق
 من تشرين الثاني سنة ١٩٢٥ حتى نيسان ١٩٢٧ ٣٣٥٩٤ ضرساً . ومعظم

زبائن هاتين العيادتين من الجنود الذين منهم بين ٢٠ - ٢٥ وهذا بين لنا ان الناجذة (ضرس الحلم) كانت هي المستخرجة في كثير من الحوادث واننا لم نفتح ولا مرة واحدة في جميع هذه الاستخراجات البالغة ٧٩٣٩ الى التخدير العام مع ان بعضها كان صعباً جداً . لان التخدير العام قد ضاقت دائرته بعد ان طبق التخدير الناحي على العصب السني السفلي وشعب الفكي العلوي . ولم يعد التخدير العام مستعملاً الا في حالات انقباض الفكين (Trismus) الذي يمنع الفم عن ان يفتح . لابل يحق لنا ان نقول ان هذا العرض قد ضرب ضربة قاضية بتخدير العصب المضغني . واذا ضربنا صفاً عن الاخطار التي يتعرض لها المريض في اثناء التخدير العام قلنا اننا من محاذيره الحاجة القصوى الى معاون وارتقاء المريض ارتقاءً طمأنياً يعوق الطبيب في عمله .

فلتكم الآن عن الطريقة التي تحاصر بها هذه الاعصاب المختلفة التي يهبطها اي العصب الفكي السفلي والعصب الفكي العلوي وشعبها مبتدئين بالعصب المضغني الذي تمت عليه الغلبة في آخر الامر .

تخدير العصب المضغني : رأينا منذ هنيهة ان انقباض الفكين وهو عرض من اعراض نبت النواجد السفلى كان يستدعي التخدير العام لكي يفتح الفم وقلنا انه لا حاجة الى هذا التخدير البتة . لناخذ مثلاً على كلامنا مريضاً مصاباً بفλεγمون عظمي المنشأ ذي علاقة بناجذة سفلى قد تشوش نبتها . فامان حاجة في هذه الحالة الى تخدير المريض تخديراً عاماً لفتح فمه واستخراج تلك الناجذة المسببة وانما يكفي ان يتخدر العصب الذي يحرك تلك العضلة المتقلصة .

واول من اجرى هذه العملية الطيب بارجه استاذ امراض الفم في قال
 دوغراس بياريس . اما الآلات المستعملة فهي محقنة لوي . سمها خمسة
 سم مكعبة وابرة للحقن تحت الجلد مبرية برىاً قصيراً ٣ - ٤ سم .
 وجبابة مكورو كاثين في محلول نسبته ٢ بالمائة ومحتوية على ٥ سم مكعبة
 ينشأ العصب المضغي من العصب الفك السفلي عند خروجه من الثقب
 الليضية ثم يسير الى الوحشي والخلف بين سقف الحفرة الوجنية والعضلة
 الجناحية الوحشية ويمتاز الثلثة السنية آتياً الى العضلة المضغية فيدخلها من
 وجهها الانسي ويتفرع منه في مسيره العصب الصدغي العميق الخلفي وشعب
 دقيقة للمنصل الصدغي الفك .

فيبين من هذا الوصف اننا نتمكن من ان نعال العصب عند دخوله
 للثلمة السنية في الفك السفلي . اما النقاط الاستكشافية على جلد الخد
 فهذه هي : الحافة السفلى للقوس الوجنية ، حذبة (Condyle) الفك السفلي التي
 يمكن جرسها متى حرك الفك . وامام هذه الحذبة يوجد انخفاض مناسب
 للثلمة فبعد ان نطلي الناحية بصبغ البود نعرز الابرة في الانخفاض الواقع امام
 الحذبة عموداً على الجلد ملاسبين القوس العذارية وبعد ان ينجفي من
 الابرة سائيتمران او سائيتمران ونصف السائيتمر (وذلك حسب سن
 المريض) نجمن بالمحلول المخدر الذي ذكرناه (٣ - ٥ سم مكعبة) فنتمكن
 بعد مرور عشر دقائق ان نبعد الفكين احدهما عن الآخر بدون صعوبة
 مع ان اصرار اصفر الآلات لم يكن ممكناً في البدء . ومتى انفتح الفم وبانت
 مساحة العملية لم يعد علينا الا اجراء ما نراه ضرورياً .

صناعة السكر

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي



الطبخ الحُبِّي . - بلور السكر على احدى طرق التبليز المعلومة
أما بتبخير قسم من ماء محلوله او بتبريد محلوله المشبع بدرجة مرتفعة من
الحرارة . وأما في دور الصناعة فتستعمل حيناً الطريقة الاولى وحيناً الثانية
أو كليهما معاً لاستحصال بلورات كبيرة يستطاع فصلها بسهولة عن المياه
الاصليّة (Eaux - mères)

ولما كانت سهولة تبلور السكر تابعة لنقاوة محاليله كان من الضروري
تنقية الاشربة قبل طبخها . وفي بعض المعامل يمرر غاز حامض السلفورو
(SO₂) بالاجهزة المأخوذة من اجهزة التبخير ، ليكون السكر جيد
النوع ولكن الاحسن ان نقي العصارات قبل التبخير ثم ترشح الشرابات
ثرشيحاً ميكانيكياً جيداً لدفع المواد الغروية المترسبة اثناء التبخير ثم توضع
في اوان تدعى (اواني الانتظار Bacs d'attente) ومنها نصب على جهاز
الطبخ ذي المشعر الساج والجدول المدرج ويعتني ان تحفظ فيه بدرجة
عالية من الحرارة .

وبما ان درجة اشباع الشراب المأخوذ من صندوق التبخير غير كافية
يجب ان يبخر في اجهزة الطبخ ما يحتوي عليه من الماء لاستحصال كتلة

متبلورة تدعى (الكتلة المطبوخة Masse-cuite) . اما مقدار الماء الذي يقضي تبخيرها وكمية الكتلة المطبوخة الناتجة فيتوقفان على كثافة الشراب المراد طبخه . فهكتولتر واحد من شراب له من الكثافة ٢٥ بومه يعطي (٩٦ كيلو غراماً) كتلة مطبوخة بعد تبخير (٣٦ لترًا او كيلو غراماً) من الماء منه . مع ان هكتولتر شراب بكثافة ٢٨ بومه يعطي (١١٤ كيلو غراماً) كتلة مطبوخة بتبخير (٢٤ لترًا) فقط من الماء . ويظهر ذلك في الجدول الآتي باكثر وضوح :

كثافة الشراب عند غليها من جهاز التبخير مقدرة بدرجة بومه	مقدار ما يلزم من الشراب لكل هكتولتر من الكتلة المطبوخة	كمية الماء التي يجب تبخيرها لاستعمال هكتولتر واحد من (الكتلة المطبوخة)	الماء الذي يجب تبخيرها في هكتولتر من الشراب لتحويله الى الكتلة المطبوخة	كمية الكتلة المطبوخة الستحصل من هكتولتر واحد من الشراب قدره ١١ كيلو غرام
٢٠	٢٤٢٦	١٢٦٤٠٢	٥٥٤٧٥	٦٦٤٢٥
٢١	٢٤٠٨	١٠٧٤٨٦	٥١٤٨٥	٧٢٤١٥
٢٢	١٤٩١	٩١٤٥١	٤٧٤٩١	٨٧٤٩
٢٣	١٤٧٨	٧٨٤٠٨	٤٣٤٨٧	٨٤٦١٣
٢٤	١٤٦١	٦٠٤٨٩	٣٧٤٨٢	٩٣٤١٨
٢٥	١٤٥٦	٥٦٤٠١	٣٥٤٩٠	٩٦٤١٠
٢٦	١٤٤٦	٤٦٦٤٤	٣١٤٨٠	١٠٢٤٢٠
٢٧	١٤٣٨	٣٨٤٤٧	٢٧٤٨٧	١٠٨٦١٣
٢٨	١٤٣١	٣١٤٣٦	٢٣٤٦٦	١١٤٤١٤

اما جهاز الطبخ فيشبه - بشكله الخارجي - صندوق التبخير ولكنه يختلف عنه خصوصاً بطريقة التسخين وبعض فروع اخرى . وهو مكون من خطين اسطوانتي عمودي متصل بانه آمن (Surêlé) ومكتفة ذات مضخة هوائية . وقسمه الاسفل ذو شكل مخروطي له في وسطه باب واسع للتفريغ ينسد مدام محكماً . وفي داخل الجهاز خمس حلزونات واربع منها مفروشة على جدران الخطين ، والخامسة على باب التفريغ ولكل منها لولب خاص في خارج الجهاز . ومن شأن هذه الحلزونات ان تسخن الشراب تسخيناً متساوياً في كل جهة بواسطة بخار يمر منها . وعلى سطح الخطين عدة منظارات تمكن العامل من مشاهدة حركة الكتلة في اثناء الغليان وتنظيم الخلأ ودرجة الحرارة وفقاً لما يشاهد . وهناك لولب للملء والتزيت وادخال الهواء لقتل الخلأ في اثناء الصب . وفي اسفله مسبار (Sonde) ذو كلاب موج في قناة من الشبّه (Bronze) ليأخذ العامل به نماذج من الكتلة .

والمهارة في الطبخ هي تكوين حبيبات ابتدائية في الخطين ثم وضع كميات من الشراب على التتابع مع الانتباه لعدم تكوين حبيبات من جديد ثم ضغط الكتلة المتبلورة قبل صيها .

ولذلك يضع العامل المقدار اللازم من الشراب في الخطين ويشغل مضخة الهواء ويبدأ بالتبخير مع ملاحظة الخلأ ودرجة حرارة الكتلة وضغط البخار بدقة تامة وعند ما يشاهد ان الغليان (الذي يكون شديداً في البدء) قد هدأ وارتشاق قطيرات الشراب على زجاج المنظارات قد خف

(مع تكوينين متحابين لزجة عليه) يأخذ نموذجاً بواسطة المسبار ويضعه بين اصبعيه الابهام والسبابة وبعد احدهما عن الاخرى فيتكون بينهما خبط ينقطع مستقيماً . ولا يزال بعيد التجربة من آن لاخر حتى ينقطع الخيط مع تكوين كلاب صغير وتصبح الكتلة لبنية المنظر مما يدل على ان الجيبات قد تكونت . عند ذلك يضع شراباً من جديد شيئاً فشيئاً بفواصل منتظمة ويبدأ الطبخ بلطف وينتبه لجمال الخلا في الدرجة ذاتها ويعيد العملية عشرين مرة يحصل عند انتهائها على كمية كبرى من الجيبات ولا يبقى عليه الا وضع شراب من جديد قليلاً قليلاً بانتباه زائد ليعوض ما تبخر من الماء ويحفظ الكثافة في درجة واحدة . ودليله في هذه المرة منظر الكتلة الخارجي وحجم حبيبة النموذج الذي يأخذه بالمسبار ويضعه في الماء .

وكما ازداد حجم الكتلة المطبوخة في اثناء هذه العمليات المذكورة يفتح الحارزونات واحدة بعد اخرى ويوقف وضع الشراب عند قرب ختام العملية ويضغط الكتلة حتى يبق فيها من الماء ٦ - ٨ ٪ بحسب النقاوة . ويوقف مضخة الهواء ويقطع الخلا ويفتح غطاء التفريغ الاسفل فتصعب الكتلة في مأخذ خاصة حيث تبرد ببطء .

العاجنة (Malaxeur) - في اوائل صناعة السكر كان يكتفى بصب الكتلة المطبوخة في اوان واسعة مسطحة ثم يؤخذ منها بمجرفة ويوضع في طاحون صغير يدعى (طاحون المزج Moulin à broyer) ثم منه يساق الى الفارزات (Turbine) حيث تفصل فيها بلورات السكر المتبلور ، بواسطة الشراب غير المتبلور . ولكن اليوم تستعمل اوان نصف

اسطوانية تدعى العاجنات لتجعل فيها الكتلة المطبوخة أكثر سيولة بإضافة قليل من المياه الراشح (Egouts) وعجنها بلاوق خشبية افقية تدور ببطء ثم تترك فيها بضع ساعات لتتخفض حرارتها من ٨٥ سنتغراد الى ٤٠ سنتغراد .

والعاجنات انواع احسنها ما كان لها في داخلها حازونات متحركة في مركز الكتلة على طراز معجنة (راغو) و (تورنور) (Ragot et Tourneur) والغاية من استعمال العاجنات هي استحصال بلور في اثناء الدوران بتجديد تلامس المياه الأصلية (المشبعة كثيراً) (Sursaturées) بسطح البلورات وتأمين تجانس الكتلة المطبوخة في اثناء عملية الفرز (Turbinaje) للحصول على ناتج في الحد الاعظم لا سيما اذا كانت الكتلة سيالة بكفاية . ولقد اعتيد في بعض المعامل ان يوضع في الخليقين اثناء الطبخ الاول (1^{re} jet) شيء من المياه الراشح (الفنية من السكر او الفقيرة منه) المستحصلة من عملية الفرز ، لتسهيل فصل السكر من الكتلة المطبوخة . ولذلك يحضر في الخليقين كتلة مطبوخة ابتدائية من شراب صرف (Sirop vierge) وعند ما تحصل الحبيبات يوضع فيه بفواصل منتظمة من المياه الراشح الفنية ، في اول الامر ، ثم من الفقيرة قرب انتهاء العملية . فمن الكتلة الحاصلة على هذه الصورة نفصل بلورات السكر و يبقى ماء اصلي سيال .

واما الحاصلات التالية فانها تطبخ في اوان خاصة اصغر حجماً من التي تطبخ فيها الكتلة الاصلية . ولكن مياهها الراشحة تطبخ رأساً بدون ان تجعل

حييات ثم تصب في اوان حيث تبلور بعد مدة طويلة او قصيرة بحسب درجة تفاوتها .

وفي بعض المعامل تفصل المياه الراشح الفقيرة (او الخضراء) عن الغنية لتطهير هذه الاخيرة بطرق خاصة كالكبريتة والترشيح من مرشحات رملية وتطبخ طبخاً حثيماً او امزجها بالعصارة المستحصلة من الاشباع الاول بجماض الفحم ، وتطهيرها بعد ذلك كما يفعل بعض اصحاب المعامل الاخرى طريقة تبلير كستنير . - تستند هذه الطريقة التي ابتكرها مسيو كستنير على اساس التبلير المعتادة وهي تبخير الشرابات المكثفة كثيراً على حرارة عالية (منعاً لتكون البلورات في اثناء التكثيف) ثم تبليرها بتبريدها . واستعمل فيها اجزءة متسلسلة ازلت جميع الصعوبات التي تعترض اصحاب المعامل السكرية الناهجين لطريقة التبلير الاعتيادية . ونقص هذه الصعوبات ، خطر فساد الشراب المعروض لدرجة عالية من الحرارة ، وامكان حدوث حييات ناعمة جداً تختلط بالحييات الكبيرة المنتظمة وتعسر عملية الفرز الى غير ذلك مما كان يجبر اصحاب المعامل على تبخير الشراب حتى يبقى منه ١٠ بالمائة فقط من الماء .

اما في طريقة كستنير فالتكثيف والتبلير يجريان في جهاز التبخير المتسلسل الذي سبق ذكره . وفي الكلام على تكثيف العصارة . وذلك ان الشراب المدفوع بمضخة يمر من المسخنات اولاً ثم يدخل جهاز التبخير ثم يخرج منها مكثفاً بالدرجة المطلوبة ويمر من انابيب مبردة فيبرد للحال وتصبح حرارته 1° - 2° منفرداً اي فوق درجة تبلوره بشي قليل ثم ينصب

في سلسلة مَبْلَرَات (Cristallisoires) منحدره مجهزة بآلتي التبريد والتحرك فيبرد فيها بالتدرج فترسب بلورات السكر . والكتلة غير المتبلورة الباقية في المبلرة الاخيرة تساق الى الفارزات .

فما تقدم يتضح ان الشراب يمر من الاجهزة المتسلسلة دون ان يمكث في احدها اكثر من نصف دقيقة او دقيقة واحدة و يبرد بالتدرج منذ خروجه من جهاز التبخير وبذلك يتنعم فسادة وتحلله .

« للبحث صلة »

من الشعر الطبي

وقال بعضهم :

قالوا حبيبك محمومٌ قُلتُ لم انا الذي كنت في حمائه السببا
قُبِّلَتْهُ وَلَهَبُ النَّارِ فِي كَبْدِي فَأَثَرْتُ فِيهِ تِلْكَ النَّارَ فَالْتَبَا

وقال الحاجري :

هم حَمَلُونِي فِي الْهَوَى فَوْقَ طَاقَتِي فَمَنْ أَجْلَهُمْ قَامَتْ عَلَيَّ قِيَامَتِي
وَمَا كُنْتُ لَوْلَا هَجْرُهُمْ وَصُدُودُهُمْ حَلِيفَ ضَنْئِي مَلَّ الطَّيِّبُ عِبَادَتِي
اضْمُ عَلَى الدَّاءِ الدِّفِينَ جَوَانِحِي وَأُظْهِرْ مِنْ خَوْفِ الرَّقِيبِ بِشَاشَتِي
وَلَيْسَ تِلَافِي مَثَدٌ رَمِيتَ بِهِ جِرْكَمَ عَجِيبًا وَلَكِنَّ الْعَجِيبَ سَلَامَتِي

وقال ابو تمام الطائي في الورد من اسماء الحنئ والنافض رعدة الحنئ :

هِيَ الْحَرَّةُ الْوَجَنَاءُ وَابْنُ مِلْمَةٍ وَجَاشَ عَلَيَّ مَا يُحَدِّثُ الدَّهْرُ خَافِضُ
إِذَا مَا رَأَتْهُ الْعَيْسُ ظَلَّتْ كَأَنَّمَا طَلَّهَا مِنَ الْوَرْدِ الْيَمَانِي نَافِضُ
زَجَلُهُ :

عيسى اسكنك المعروف

لقتل الذباب

للصيدلي عبد الحميد قنباز (حماه)

- ١ - لأصق الأرجل :
 راتنج ٢ غرام
 زيت خروع ١
 تسال على النار ويطلى بها الورق . واكثر وافضل راتنج هو القلقونة
 (Colophane) اي صمغ البطم
- ٢ - مسكر
 ماء ٥٠٠ غراماً
 فورمالين ٦٠ غراماً
 حليب ١٨٠ -
 يوضع في اوعية مكشوفة
- ٣ - غسل او دبس
 ارسنيات الصودا ٢٧ -
 ماء ٤٥٠ غرام
 حامض الارسنيو ١٨ غراماً
 ثاني فحات الصودا ٣٠ -
 ماء ٤٥٠٠ غرام
- تبل بمحلول ٣ او ٤ قطع قماش او حزم قش ثم تعلق فيستقر عليها
 الذباب ويتمص السم فيموت .

الطب الشرعي

المؤلف
الدكتور وصفي
استاذ الطب الشرعي في كلية
الطب التركية

المعرب
الدكتور
حكيم المرادي

السبب في تعريب هذا الكتاب

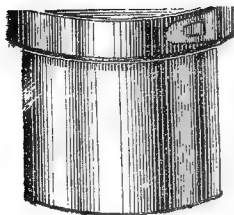
دون سواه

قد يستغرب بعض القراء الكرام من تهمة ابحاث الطب الشرعي اقدام
المعرب على نقل هذا المؤلف الى لغة الضاد بالرغم من وجود مؤلفات غير قليلة في اللغة
الافرنسية ولهذا نشرف بان نعلم خضراتهم اننا طلبنا من الصديق المعرب انتقاء
كتاب من كتب الطب الشرعي لكي يعربه ويسد به الفراغ الموجود في الكتب
الطبية والحقوقية . فانك حضرته عندها على درس اكثر المؤلفات الافرنسية
والتركية وتعمق في البحث عن اغزرها مادة فوجد ان مؤلف هذا الكتاب قد
استند في تأليفه على « موجز الطب الشرعي » لمؤلفيه (لا كامسانيسي) و (انيان
مارتن) ثم اكمل نواقصه ووسع مباحثه بمشاهداته الخاصة و بما عثر عليه في مؤلفات
(يرواردل) و (فوبر) و (بالغازار) وغيرهم من مؤلفي الافرنسيين والامان والأتراك
فجاء كتابا جامعا يفيض على غيره بالبحاث شيقة غزيرة بالمادة ، مؤيدة بمجوات فنية
هامة . وهو يقع في ستة اجزاء تقرب صفحاتها من الالف عدداً .

وقد جعلنا قيمته اثني عشر ريالاً مجيداً بعد تمام طبعه وصت ريات مجيدية
او ما يعادلها لمن يرغب بالاشتراك و يدفع القيمة سلفاً . ولا يخفى أن قيمة الاشتراك
تعاذل ثلث الاجزاء الثلاثة الاولى . ولهذا سينتقل باب الاشتراك بعد الانتهاء من
طبع الجزء الثالث فنحت حضرات المحامين ورجال القانون واطباء الشرع وتلاميذ
الطب والحقوق على اقتناء هذا المؤلف النفيس والسارعة بارسال قيمة الاشتراك
الزهيدة لكي تقدم لهم ما صدر حتى الآن وما سيصدر بعده من الاجزاء بصورة متوالية
منتظمة وعلى الله التوفيق .

داود صديق المارديني
صاحب مكتبة الاعتماد

بدمشق



ولاسيما في الاطفال

يتحسن سريعاً ويسهل شفاؤه بوضع
الانتي فلوجستين الحار على البطن جميعه
الـ :



ومن خواصه افراخ اوعية المعى والخلب (البربطون) وتنبيه الضفيرة الشمسية
والمربطائية وابقاف الزحير والتقلص العضلي والالام
افات الجلد

ان كل افات الادمه هما كان سببها : كالحروق ، ووخزات الحشرات والزواحف
التي يكثر وقوعها في الصيف تستدعي ان تعالج بسرعة بوضع الانتي فلوجستين . ويجب
ان يوضع في الغالب حاراً
ان الحرارة الرطبة اذا طبقت تطبيقاً دائماً في حالة التبيغ تعيد الدوران الطبيعي
بسرعة الى انتظامه وهي الخطوة الاولى في شمل تجديد كل التهاب . ان الانتي
فلوجستين البارد اسهل تحملاً في بدء الحروق .

الرضوض

الوثائة ، والجروح ، والتهابات الالمة الرضية ، والمعص وسائر التبيغات الناشئة
من التمرنات الرياضية تزول سريعاً بوضع الانتي فلوجستين الحار
ترسل الدلومات والماسطر لحضرة الاطباء

المتر الام

The Denver Chemical M. FG. Co
New York city, U. S. A.
EMILE FARHI & Co

P. O. Box 254
Beyrouth (Syrie)



مُسَوِّدُ الْهَوَاجِ

هو اول مخضر يودى (تانيه
 و تواب. برتصا بحير نسو لته
 ١٨٩٦ سنة من الماركة تور في ابيديا ا. چالدين بايس
 يفتل يكتيل بايس في چالدين الاخوين ليون و ليون و
 ن. و ن. اتر ق ط ع ي ا ل ل ع و ل ه ن ا ل ي و ن ا ي ت
 (و ن ا ذ ت ه ك ن ر ا ل ل ص د ا ع . ل ل ر ش ج . ل ن ا ل ص ب ا . ا م ر ا ض ا م ن و . و . و . و . و . و .
 ا ط ل ب و ا د ا م ا ل ي و د ا ل و ر . چ ا ل د ر ن . ا ح ق ي ق و . و ا ه ذ ر و د . ا ت ق ل ي د .

Laboratoire Galbrun
 21 Rue du Petit Musc - PARIS

Contre
 le
 Paludisme
 chronique
 les
 Séquelles
 du
 Paludisme



Contre
 l'Anémie
 la
 Cachexie
 palustre,

L'ANTIDOTE-MALARIA PHILIPPE
 est grace à sa Composition, le médicament le plus énergique
 en usage dans les hopitaux
 Echantillon littérature : Laboratoire du Docteur. Philippe
 14 Rue Palais Grillet-Lyon « France »



قطرات ليفونيان

لخبر ثروات باره

مركبة من القطران الكرايوزوتي و بلسم التولو
تستعمل في جميع آفات الصدر : السعال • التهاب الشعب • السل الخ

باباين ثروات باره

هو اقوي الادوية الهضمية المعروفة حتى اليوم والانواع المركبة منه هي هذه.

1 شراب ثروات باره : جرعته ملعقة كبيرة بعد كل وقعة

اكسير ثروات باره : جرعته قوح صغير بعد كل وقعة

يون ثروات باره : جرعته يرشانتان بعد كل وقعة

وهي ناجعة في امراض المعدة : القيء ، الآلام المعدية التهابات المعدة • سوء الهضم

وفي اسهال الاطفال فيعطى لهم من الشراب ملعقة او ملعقتا قهوة بعد كل وقعة.

تباع هذه العلاجات في جميع الصيدليات

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تموز سنة ١٩٢٧ م الموافق لمهرم سنة ١٣٤٦ هـ

التشخيص التفريقي

بين التهاب المرارة المتحولي والخراج المتحولي في فص سبيل

للحكيمين : { تراو استاذ في المعهد الطبي بدمشق
ميشل جراح المستشفى العسكري بدمشق

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

لقد أدخل حديثاً التهاب المرارة المتحولي « الامبي » في دائرة
مبحث الامراض . فان المشاهدة الاولى التي ذكرت يرجع تاريخها الى
سنة ١٩٢٤ غير ان مشاهدات اخرى قد ذكرت بعدها فكانت موضوعاً
لاطروحة رزق الله امام معهد الطب في باريس تلك الاطروحة التي اوحى
بوضعها الى واضعها الاستاذ ثانون واحدنا .

واننا موردان الآن حادثة مفيدة كل الفائدة كنا ظنناها من نوع
الالتهاب الذي نتكلم الآن عنه فإذا بها بعد العملية الجراحية خراجة متحولة
(اميبية) في فص سبيل .

ان هذا الخطأ في إقرار الآفة مكانها دعانا الى البحث في التشخيص

التفريقي بين التهاب المرارة المتحولي والمجامع الصديدية الصغيرة المستقرة في الوجه السفلي للكبد ولا سيما في فص سبيلغ التي تشابه باعراضها المريرية اعراض تقيح المرارة ولا يفيد هذا التفريق فائدة علمية نظرية بحتة ولكنه كبير الفائدة ايضاً من الوجهة العملية ايضاً لان مجمع الكبد القيحي يستدعي دائماً المعالجة الجراحية بيد ان التهاب المرارة المتحولي بكاد يكون علاجه دوائياً بحتاً فهو يقوم بالحقن الوريدية بالامتين .

ان الجندي د . دخل المستشفى العسكري بدمشق في ٢١ آذار سنة ١٩٢٧ وشخص مرضه « التهاب المرارة مع سوء هضم حمي » .

اما المريض فكانت حرارته بين ٣٧ - ٣٧.٥ وقد ظلت كذلك بضعة ايام وكان يشكو الماً في بطنه ويفيد ان المرض قد اصابه منذ اسبوع . وكان مصاباً بقبض اعتراه بعد ان اصيب باسهال خفيف بضعة ايام كان يضطره الى التغوط مرتين الى ثلاث مرات في اليوم وكان الغائط رخواً ليس فيه مخاط ولا دم . وقد تبين من المعاينة ان حالته العامة حسنة ولم يسمع في صدره الا بعض خراخرت تحت الفرعية في القسم المتوسط من الرئة اليمنى . وكانت قاعدة الرئة اليمنى سليمة والخرس (Malité) الكبدي طبيعياً . ولم يكن ألم في الوروب (الورب مسافة بين ضلعين) المحاذية للكبد . ولكن الألم كان مستقراً تحت الحافة الضلعية اليمنى حذاء القسم العلوي للعضلة الصدرية الكبيرة حيث كان يوجد ورم مستدير يعادل حجمه حجم التفاحة وكان هذا الورم بارزاً بروزاً واضحاً حتى انه خيل لنا انه مقر المرارة .

وكان يبدو الورم سطحياً بالجلوس كانه تحت الجلد أو كأنه خراج واقع في غمد العضلة المنقبحة . ولكن هذا الورم كان يختفي اختفاءً تاماً بعد اجلاس المريض ونقلص العضلة الامر الدال على انه واقع في جوف البطن وليس في جداره . وقد كان مركز الورم مؤلماً جداً بالجلوس وكان الألم يتشعع على مسير عصب الحجاب الحاجز الذي دل تحريه على وجود زر غاوي موتي .

وقد اثبتت المعاينة بالاشعة ان حجم الكبد طبيعي وان حافتها السفلى واضحة متباينة

مع شغوف الكولون المعترض المتعدد المملوء هواء الذي كان يقطع شغوفه هذا المرارة ظل هلالياً تحديه مدار الى الاسفل يخيل انه مقر المرارة المتوسعة البارز . اما الطحال فلم يكن ظاهراً بالقرع ولم يبدخص الغائط المتحولات ولا اكياسها ولم تكن حبيوبينات دموية (Hématozoaires) في الدم الجاري غير ان تعداد الكريات وصيغة الكريات البيضاء كانا دليلاً على تعفن متحولي :

كريات حمراء ٤١٠٠٠٠٠

كريات بيضاء ١٦٣٣٠

٧٦ بالمائة

كثيرات الذوى

: ٢١

وحيدات النواة

: ٣ (Eosinophiles) الايوزينيات

فلم نتردد في وضع التشخيص « التهاب المرارة المتحولي » ولا في اقرار العملية الجراحية لان توسع المرارة في هذه الحادثة بدا لاعميننا كبيراً جداً حتى ان المعالجة بحقن الور يد بالامتين لم تكن كافية ولكن خزع المرارة ونحفيضا (Drainage) كانا ضرورين . وقد اجريت العملية في الحال وكنا على ثقة اننا ستمتكن من ايجاد المتحولات حية في المرارة او من اثبات طبيعة المرض المتحولية بتلقيح شرح المرة بصفراء المرارة فنكون قد قدمنا برهاناً لا يقبل الرد على وجود التهاب المرارة المتحولي فنفرد المريض بالكودورفرم واجري شق عمودي على غمد المسنقمة ماراً بالقسم البارز من الورم وشققنا الطبقات حتى الغمد الخلفي للعضلة بدون اقل طارئة . وقد تبين لنا ان هذا الغمد كان ملتصقاً التصاقاً وثيقاً بالبر بطون الواقع تحته . وبينما كنا نفرق الوريقة البر بطونية خرجت قطرة من الصديد شو كولاتية اللون فقضت على آمالنا واقنعنا اننا كنا على خطأ في تشخيص مقر الآلة . وقد وقعنا على خراج كائن في فص « بيغل محتوي على زهاء كوبتين من الصديد » فوضع احفوضات (Drains) وخطط الجرح واستعمل الامتين فكانت التوالي طبيعية .

ولا بد لنا هنا من ذكر بعض الصفات التي تعبد هذه المشاهدة كبيرة

المائدة : آ - عدم ارتفاع الحرارة وهو عرض وان يكن نادراً ممكن

الحدوث في خراجات الكبد التي تحدث تحديداً واضحاً : ٢ - على بقاء حجم الكبد طبيعياً الا في ناحية الخراجة مع ان تبغ (Congestion) الكبد يصحب في الغالب الخراجة المتحولية (الاميبية) وان فقدان التبغ هو احد الاسباب التي دعنا الى اقرار التفح في المرارة ٣ - استقرار الآفة في فص سبغل مع ان هذا الامر ليس بكثير الوقوع في خراجات الكبد .

ان جميع هذه الاسباب التي ذكرناها قد اوقعنا في الضلال وكانت مخففة لحظنا في التشخيص . وانا الآن نرغب في استنتاج امثلة ثانية من هذه الحادثة وهو ان استقرار التهاب المتحولي في المرارة امر لا شك فيه فان مشاهدة فاسو بولو و بتر يدس الاولى ومشاهدة باتزاتا كيس التي جاءت بعدها والملاحظات الاربعة التي اوردها تانون واحداً والمشاهدة الفميس (Inédite) التي شاهدها احداً والتي ستكون مع الملاحظات السابقة موضوعاً لنقرر يرفع الى المؤتمر المقبل عن امراض البلاد الاجنبية الذي سيعقد في غاند . واطروحة رزق الله التي بين فيها النتائج المثبتة لوجود المتحولة الحية في صفراء المرارة المستخرجة بادخال الانبوب في الاثني عشري ولوجود هذه المتحولة الحية في اعضاء المرارة المتفحكة التي استئصلت بالعملية الجراحية كل هذا يثبت وجود التهاب المرارة المتحولي ويؤيد دور حقن الوريد بالامتين في المعالجة والاستغناء به عن الجراحة وان هذا التشخيص التفريقي بين التهاب المرارة المتحولي وخراج الكبد المستقر في فص سبغل سيظهر ثانية على المسرح في البلاد التي تنفشي بها المتحولات فيجب الانتباه اليه وان وضع هذا التشخيص ممكن لاننا كنا

تمكنا من نحاشي هذا الخطأ لو كنا انبهنا :

١- الى ان الورم كان موجوداً في القسم العلوي من العضلة المستقيمة وليس في ناحية المرارة نفسها اي على الخط المار من السرة الى قمة الابط و عند النهاية الامامية للضلع العاشرة .

٢- الى ان الورم كان اكبر من ورم ناجم من مرارة قد تقيحت وانه قد تكون منذ بضعة ايام .

غير اننا لا نزال نقول بصعوبة هذا التشخيص على الرغم من هذه الفروق التي ذكرناها لان المرارة الملتهبة قد ننقل الى الانسي بسبب تبغ فص الكبد الايمن . ولان المرارة قد تكون بارزة فتحدث ورماً مستقراً في القسم العلوي من العضلة المستقيمة . ولان الكبد قد يكون حجمها طبيعياً وان يكن ذلك نادر كما كان الامر في حادثتنا هذه وان الطرق الحديثة في المعاينة الشعاعية باظهارها لجدر المرارة ستكون ولا شك كافية لوضع هذا التفريق . فيجب ان يلجأ اليها متى وقع التردد لان التهاب المرارة معناه المعالجة الدوائية ولان خراج الكبد معناه العملية الجراحية . وهذا ما حدا بنا الى رفع هذه المشاهدة الى الجمعية ميينين بها الحالات التي تستدعي الجراحة والحالات التي تقضي بالاستعاضة بسواها عنها .



استئصال الطحال في امراض الدم

للحكيم لومر كل استاذ السريبات الجراحية والنسائية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ان استئصال الطحال على الرغم من غموض خلقته (فسيولوجيته)
بعض الغموض ومعرفتنا لها معرفة ناقصة لا يؤدي الى حدوث تشوشات
هامة مستمرة وقد عرف هذا الامر منذ زمن بعيد كما اني تحققته بنفسني
بمشاهدات خاصة .

لست انكر ان استئصال الطحال تعقبه تبدلات وتشوشات في الدم
قد لا يشعر بها اذا لم يعاين الدم معاينة خاصة . ومهما يكن فقد ذات التجارب
في الحيوانات ان هذا العضو ليس ضروريا للحياة . وهذا ما دعا الجراحين
الى استئصال الطحال (جمع طحال) المريضة فلم يكن النجاح حليفهم دائما
ومما ذلك الا لانهم استأصلوا طحالاً كانت قد تبدلت من الوجهة
المصورة للدم .

ان استئصال الطحال قد تعقبه في بعض الامراض نتائج باهرة وقد
كثرت المشاهدات في زمننا الحاضر حتى ان تصنيفها واستنتاج نتيجة منها
اصبحا ممكنين غير ان هذا الامر يتعلق بالطب اكثر من تعلقه بالجراحة .
انني اضرب صفحاً عن الجروح والاكياس المائية والخراجات
والاورام التي تستدعي هذا الاستئصال وقد اقر الرأي عليه فيها منذ زمن

طويل . وتشبه هذه الحالات السابقة الطحل البردائية التي اقر الرأي على معالجتها في بعض الاوقات بالاستئصال وقد اجريت هذه العملية في مريض . غير ان استئصال هذه الطحل يجب ان تضيق دائرته لان الطحال لا يستأصل الا متى كان حجمه كبيراً فبسبب بضخامته تشوهات آلية او متى تمزق اثر مرض خفيف والطحل البردائية سرية العطب . او متى ارتخت ربطه وطالت فتحرك وانفتل ذنبه . هذه هي الاضغاث الثلاثة التي تستدعي اليوم استئصال الطحال . وقد دل الاخبار ان الامل بشفاء المريض المصاب بالبرداء كائن باستئصال طحاله الملوث بالحبيونات الدموية (Hématozaires) .

وانني اعود الآن الى استئصال الطحال في بعض امراض الدم وهي أمور حديثة لا تزال قيد البحث . وقبل ذكر الامراض التي تستدعي استئصال الطحال اذكر الامراض التي تمنع هذا الاستئصال اريد بها ابيضاض الدم (Leucémie) والحالات الشبيهة بها . وان اول استئصال قام به بريان كان استئصال طحال في مصاب بابيضاض الدم سنة ١٨٦٦ فكانت النتيجة، وهذه هي القاعدة، الموت العاجل . غير ان بعض الحوادث قد شذت عن هذه القاعدة منذ بضع سنوات وما ذلك الا بفضل المداواة بالاشعة وتقل الدم اللذين وجها الى مكلفة قعر الدم ومكنا الجراحين من استئصال الطحال في المصابين بابيضاض الدم دون ان تكون النتيجة وخيمة كما ذكرنا .

وتقوم المعالجة بانقاص حجم الطحال بالمداواة الشعاعية (Radio -

(therapie و بميانة الدم حتي اذا عاد طبيعياً يستأصل الطحال دون خوف من العوارض .

وقد دافع الامير كيون عن هذه العملية دفاعاً مجيداً مبينين ان صحة المرضى العامة كانت تتحسن بعد الاستئصال .

والحقيقة التي لا مراء فيها هي ان ابيضاض الدم يظل موجوداً لان ازالة هذا المركز الكبير ابي الطحال يحسن المريض بعض التحسين غير انه لا يزال سبب الابيضاض جميعه لانه كائن في النقي (مخ العظام) والعقد البلغمية (اللغواوية) والكبد فلا تشفي العملية المريض معها اتقنت طريقة اجرائها ولو استعملت المداواة الشعاعية وانما يتأخر الموت بها بعض التأخر ولهذا قرر السواد الاعظم من المؤلفين الامتناع عن الاستئصال في ابيضاض الدم .

مرض باني : لقد اشير منذ القديم باستئصال الطحال في هذا المرض ولا يخفى ان لهذا الداء ازمة ثلاثة : الزمن الاول هو دور فقر الدم المشابه لداء الخضرة (Chlorose) وتصحبه ضخامة الطحال وتشوشات معوية تستمر ٤ - ٥ سنوات . والزمن الثاني قصير جداً يتصف بالتبول (Oligurie) وبالبيلة الصفراوية (Urobilinurie) وبجالة تحت اليرقان والزمن الثالث النهائي يمتاز بشمع الكبد الضموري والجبن . فيظهر المرضى المصابون بهذا الداء بمظهر المصابين بالشمع ويضخم طحالهم ضخامة كبيرة والاضغاث المتغلبة في هذا الزمن النزوف المعوية بسدادة ويريد الباب التي يخشى شرها اكثر من قصور الكبد لانها تضعف البنية العامة .

والمعالجة الاساسية في هذا المرض هي استئصال الطحال على ان يجري في الزمن الاول اذ الثاني . اما في الزمن الاول فالشفاء محقق واما في الثاني فقد تكون النتيجة حسنة واما في الثالث فالعملية ممنوعة . وان المرضى الذين تستأصل طحالهم في الزمن الثاني لا يقال فيهم انهم قد نالوا شفاء تاماً مستمراً فقد يحدث ان النزوف المعدية والمعوية تستعصي وتثبت المبضوعين ^(١) منذ زمن بعيد .

ولا تزال الوفيات حتى الآن كثيرة معادلة ١٥ - ٣٠ بالمائة .

...

وقد دخلت حديثاً بين الامراض التي تعالج باستئصال الطحال الادواء الثلاثة فقر الدم الحثيث واليرقان الحال للدم وداء الفرفير .

فقر الدم الحثيث : استئصل الطحال في هذا الداء ولو لم يكن ضحكاً وقد استند في استئصاله على هذه الخاصة وهي انه يؤثر تأثيراً محسوساً في النقي (مخ العظام) . وقد كانت النتائج التالية للعملية مباشرة حسنة للغاية غير انها لم تكن ثابتة ولا مستمرة كما في مرض بانتي . ان استئصال الطحال ينه النقي الى صنع الكريات الحمراء والبيضاء ويهيئ بالبنية العامة فتجد ونشاط ويقف فقر الدم غير انه يعود بعد بضعة ايام او بضعة اشهر الى الظهور .

واستطبابات هذا الاستئصال ضيقة دائرتها لان العملية لا تجرى متى كان فقر دم المريض قد بلغ حده الأقصى او كان مدنفاً (Cachectique)

(١) المبضوع ترجمة (Opéré) وهي من وضع العلامة الكروني

واذا كانت حالة المريض العامة لا تقف مانعاً في وجه العملية لقي الجراح ايضاً بعض الصعوبة في عمله لانه يترتب عليه ان يقنع المريض واسرته وطيبه ايضاً .

اليرقان الحاملي للدم : (Ictere hemolytique) هو تلف شديد ثابت يصيب الكريات الحمراء فتتحلل وتحول البنية العامة خضابها الدموي الى اصبغة صفراوية .

ويكون هذا اليرقان ولادياً او مكتسباً . فالولادي يتحمله المصاب في الغالب واما المكتسب فشديد ووخيم .

ان استئصال الطحال في هذا الداء يعقبه نتائج باهرة وقد انققت الاراء في يومنا الحاضر على انه اذا كان لاستئصال الطحال استطباب أكيد يجب ان يكون في هذا الداء اكثر من بقية ادواء الدم والاعضاء المولدة له ان اليرقان يزول بعد استئصال الطحال والحالة العامة تتحسن وعدد الكريات يزداد . والوفيات التالية للعملية قليلة معادلة ٧ ، ٤ بالمائة وهذا هو السبب في نجاح هذه الطريقة .

داء الغرغير (Purpura) النزفي المزمّن : يتصف احد انواع داء الغرغير المزمّن بطول مدة النزف دون ان يصحبه تبدل في زمن تجثر الدم لا بل يبقى فيه زمن التخثر طبيعياً . واعراض هذا النوع هي النزوف المتنوعة كالرعاف والبيلة الدموية والانصبابات الدموية تحت الجلد وسوى ذلك . وجميعها تستدعي استئصال الطحال . وقد عذت منه حتى الآن

مبعون حادثة فكانت النتائج فيها حسنة اذا تركنا جانباً الاضغاث الجراحية فان الاعراض السريرية تتحسن في الحال لان النزوف تنقطع في اليوم الذي يلي العملية وربما انقطعت في يوم العملية او في اثنتائها . هذا ما نقوله في داء الفرفير المزمن وليس في الداء النزفي (Hémophilie) وهو مرض الذكور الذي ينتقل اليهم بالاناث . وقد دلت المشاهدات التي اعلنت ان النتائج البعيدة ليست باقل حسناً من النتائج التالية للعملية . فان استئصال الطحال في هذين المرضين المار ذكرهما يعدّ موجهاً الى الامراض (Pathogenie) نفسه لانه يزيل العضو المضّر ويزيل معه العوارض الناشئة منه . و يحق لنا ان نقول ان نسبة الطحال الى الكريات المولدة للدم (Hématoblastes) في داء الفرفير النزفي كنسبته الى الكريات الحمراء في اليرقان الحال . فهو في كلا المرضين مركز نشيط ومخيف لانتلاف الكريات تزول بزواله كل العوارض . فاستئصال الطحال في هذين المرضين واسطة جلييلة الفائدة لا تقاس بثمن .

غير ان في العملية الجراحية بعض المجازفة لان استئصال الطحال عملية خطيرة ولا سيما في مرضى كهؤلاء قد ضعف دمهم فكانت كل قطرة منه خسارة كبيرة لا تعوض .

طريقة الاجراء : يشير لوسان توصلاً الى الاسراع في اجراء العملية واتقانها بان يكون الشق شديداً الميل مائراً منذ الضلع الثامنة او التاسعة وبعد قطع المنقيمة الكبيرة يصل الشق حتى حذاء السرة وتوضع تحت المريض

ومادة لكي ننعف ناحيته القطنية فهذا الشق يمكن الجراح من رؤية مسكن الطحال جيداً ويسمح له بالوصول سريعاً الى ذنب هذا العضو وبمعاينة الاعضاء المجاورة وتحاشي به الاعصاب الوريدية التي تعصب عضلات الجدار البطني .

وبعد ان يفتح مسكن الطحال لتحري درجة تحركه او التصاقه فإذا كان الطحال على الرغم من كبره خالياً من الالتصاقات في العالي والحلف كانت العملية سهلة . ثم يخرج الطحال خارج البطن ويلف برفادات ويكفي حينئذ ان تربط الاوعية القصيرة (الثرب المعدي الطحالي) فالذنب الاماسي (الشريان والوريد الطحاليان) بعيداً عن ذنب الغدة البطنية (البنكرياس) وان يكمل الربط بمراقبة بعض الاوردة والشريانات الواقعة عند القطب وربطها وهذا سهل ولا بد من الانتباه الى ان الاذنان الثنوية قد تبلغ حجماً كبيراً فلا يجب ان تهمل ولا سيما الاوردة التي يجب ان تربط باعتناء فائق لان الموت بالنزف البطني المتواصل الناتج من هذه الاوردة المهمة هو الضغط الذي يجب تحاشيه في استئصال الطحال .

واما متى كان الطحال ملتصقاً ولا سبيل الى استخراجه من مسكنه فيترك وشأنه في ذلك المسكن . ويربط الثرب المعدي الطحالي ويكون جوف الثروب الخلفي قد فتح فتحاً واسعاً ويتحاشى تحاشياً شديداً جرح الغدة البطنية لانها تنزف نزفاً غزيراً ويفتش في العمق عن الشريان والوريد الطحاليين فيربطان قريباً من نقطة (Hile) الطحال . ومتى ربطت الاوعية القصيرة والاوعية الطحالية كما ذكرنا ووثق الجراح من ان النزف

لن يقع يفصل الطحال من مسكنه ويخرجه ثم يربط قطبيه العلوي والسفلي فيكون قد تم فصل الطحال عن الجسد . و يراقب بعدئذ حالة النزف ليتحقق انه لم يترك وعاء نازفاً و يخييط الثغرة التي فتحتها في جوف الثروب الخلفي و يخييط جدار البطن بدون تخفيض (Drainage) اذا لم يكن بين الاحشاء المجوفة حشامصابة

وصفوة الكلام ان اصعب زمن في العملية هو قطع النزف ولكن اذا روعيت فيه القواعد المنطبقة على التشريح كان اكثر سهولة مما لو قطع النزف حسب الصدفة و بدون مراعاة هذه القواعد .



فحص السائل الدماغي الشوكي

للحكيم حسني صبح رئيس السريريات الباطنة في المعهد الطبي العربي

السائل الدماغي الشوكي هو السائل الموجود في الافضية تحت العنكبوتية وهو الذي يقي المراكز العصبية الصدمات وتبدلات الضغط الفجائية وتصل الافضية تحت العنكبوتية بالبطينات والانغماد البلغمية « النفاوية » التي تحيط بالاعوية وتدخل حتى اعماق النسيج العصبي .

يستخرج هذا السائل بالبزل القفائي اما لغاية دوائية او تشخيصية البزل القطني : مرقه العادي بين الفقرتين الرابعة والخامسة القطنيتين ويجوز اجراؤه ما بين الفقرتين القطنية الثانية والثالثة او الثالثة والرابعة او بين الخامسة والعجز . لأن النخاع لا يتجاوز في الاسفل الفقرة القطنية الثانية ولان الكيس العنكبوتي تحت هذه الفقرة لا يحتوي الا على ذنب الفرس الذي لا خوف من وخز الابرة له في اثناء البزل ويجرى البزل في بعض الحالات الخاصة (حالات انضغاط النخاع وتشخيصها بواسطة الليبودول) فوق الناحية المضغوطة على امتداد العمود الفقري حتى في الحلاء الفقري ^(١) القفوي .

ويستخرج السائل في الاطفال الحديثي السن ببزل البطين من اليافوخ

(١) الفقرة هي الاطلس وقد نبه الى هذه الكلمة الاسناد الحكيم جميل الخاني

وستنصر هنا على ذكر البزل القطني فقط .

نقطة الاستكشاف : قلنا ان البزل يجري عادة بين الفقرتين القطنيتين الرابعة والخامسة وتعيين هذه المسافة يتم برسم خط افقي ماراً بأعلى نقطة من القنزعتين الحرقفتين فيقع هذا الخط على ثاقى الفقرة القطنية الرابعة . ويجرى البزل في الخط المتوسط او في جانبه . في الحالة الاولى تخترق الابر الرباط الذي يصل النائتين وفي الحالة الثانية يقع البزل على بعد سنتيمتر واحد من الخط المتوسط فتسدد البرة الى الانسي والاعلى او الاسفل تحضير المريض : يجب ان يكون المريض رائقاً وأن يكون قد لازم السكون منذ مدة اذا امكن .

وضع المريض : يزل القطن والمريض جالس او مضطجع على جنبه وفي كلتا الحالتين يحنى العمود الفقري حنيّاً كافياً ليسهل دخول البرة ويرجح الاضطجاع الجنبى اذا اشتبه باصابة المريض بورم دماغي .

الادوات : ١ - ابرتان او ثلاث ابر معقمة من الذهب الابيض او من الفولاذ اذا كانت يتعذر وجود ابر الذهب طولها بين ٦ - ١٠ سم . وقطرها ملمتر واحد مجهزة بمدك يسد قطرها او بدون مدك اذا استعملت طريقة سيكار التي سنأتي على ذكرها .

٢ - مقياس الضغط للاستاذ كلود . وهذا ضروري لقياس الضغط اذا اشتبه باصابة المريض بورم دماغي او انضغاط النخاع وغيرهما .

٣ - انبوبان معقمان لجمع السائل الدماغي الشوكي .

٤ - قطيلة مبللة بصبغ اليود .

طرز العملية : بعد أن تؤخذ الاحتياطات المذكورة وتحضر الادوات الآتية الذكر وتراعى شروط التعقيم يضع الطبيب اصبع يده اليسرى على النقطة التي يدخل الابرّة فيها ثم يمسك الابرّة بيده اليمنى ويغرزها في الجلد ويسددها فتخترق الطبقات العميقة . وللاستاذ سيكار طريقة خاصة بأجراء البزل وهي انه يستعمل ابرة طويلة لا مدك معدني لها ولكنه يستعيب عنه بما يسميه بالمدك السائل فيلحق بالابرّة محقنة صغيرة فيها محلول كوكاين او ستوفاتين معقم نسبته واحد الى مائتين فينخدر به الجلد وما تحته ثم يدخل الابرّة ما بين الصفاق الفقريّة فيبقى في الابرّة بعض المحلول المذكور الذي يقوم مقام المدك المعدني وبني بوظيفته . وهذه الطريقة جيدة ولا سيما متى كان الاشخاص شديدي التنبه .

ومتى اجتازت الابرّة الحف المحيطة بالفضاء العنكبوتي تزول المقاومة التي كان يشعر بها الطبيب فينزع المدك المعدني واما اذا اجريت العملية على طريقة الاستاذ سيكار فتززع المحقنة عن فم الابرّة فيسبل المائع . وقد ينصب في الابتداء سائل مدم ناجم من اختراق الابرّة لأحد الاوردة فيجمع السائل المدم على حدة في الانبوب الأول ويجمع في الانبوب الثاني السائل الخالي من الدم . لأن وجود الدم يعوق الفحص كما سنرى . والمقدار اللازم للفحص ٥ - ١٠ سم او اكثر حسب حالة المريض .

الاحتياطات في اثناء البزل : اذا تدفق المائع بشدة يخفف جريانه بادخال المدك قليلاً فتنتفي الطوارئ الناجمة من خفة الضغط الفجائية .

الطوارئ : ألم في أحد الاطراف . ينتج عن وخز احد جذور ذنب

الفرس ولا أهمية له .

امتناع السائل عن الانصباب : حينئذ تحرك الابرة و يغير موضعها
او يدفع المدك الى الامام اذ قد تكون الابرة قد مدت بأحد الجذور
او بالأم الجافية .

الاحتياطات بعد البزل : الاضطجاع على الظهر والرأس منخفض ويرجع
سيكار الاضطجاع على البطن منعاً لانصباب السائل من الجرح السحائي
بعد العملية ، الراحة في السرير مدة اربع وعشرين ساعة ، الحمية واجتناب
الطعام عقب البزل . واذا لم تراخ هذه الاحتياطات فقد يعترى الميزول
صداع في اليوم الثاني او الثالث .

الامراض : ١ - في اثناء البزل : اختلالات النبض الاسراع او الابطاء
بتنبه المراكز العصبية العليا . وفي هذه الحالة يخفف سيل المائع او يقطع اذا
خشي من سيلانه على المريض .
الصداع : قد يكون شديداً بعد البزل بضع دقائق ويزول بعد
مدة قليلة .

الغشي والموت وهما نادران . وقد حدث الموت بعد استخراج ٤٠-٦٠
سم في المصابين بورم دماغي .

٢ - بعد البزل : قد يكون الصداع شديداً ويستمر عدة ايام
ويصحبه دوار ، وغثيان وفي فكل ذلك ناشئ من امتناع المريض عن
السكون والاضطجاع عقب البزل .

الحالات التي لا يستحسن اجراء البزل القطني فيها : الاورام الدماغية ولا سيما اورام المنطقة الخلفية (الاورام المخيخية) داء بوط . ففي الحالة الاولى يبزل المريض على ان يحتاط الطبيب للامر اشد الاحتياط لأن المريض اذا كان يشكو صداعاً مؤلماً خفف البزل عنه هذا الألم اما في داء بوط فقد ذكر الاستاذ كيلان حدوث فلج نصفي سفلي بعد البزل وسبب ذلك ان استخراج السائل يدعوا الخراج البارد الى السير نحو النخاع ولا سيما في حالات خراجات الفقار .

وعليه اذا كان البزل القطني في هاتين الحالتين المذكورتين واجباً كان لا بد من اجرائه والمريض مضطجع على جنبه ويراقب انصباب السائل في اثنتاء البزل لئلا ينصب بسرعة وبكثرة فتحدث المحاذير التي ذكرناها

١ - السائل الدماغى الشوكي في الحال الطبيعى

(١) الاوصاف الطبيعية - المنظر : رائق شبيه بماء الينبوع
الضغط : ان سيلان المائع بشدة او نزوله قطرة اثر قطرة لا يدلان دلالة كافية على مقدار الضغط الحقيقي . ولهذا يستعمل مقياس الضغط الذي استنبطه الاستاذ كلود لتعيين شدة الضغط . ويختلف الضغط حسب وضع المريض . ففي الاضطجاع يكون الضغط بين ١٢ - ١٥ سانتيمتر من الماء . وفي الجلوس بين ١٨ - ٢٢ سانتيمتر من الماء .

(٢) الوصاف الكيماوية : - الآحين : مقدار الآحين ٠.٦١٨ - ٠.٦٢٥ .

في اللتر .

الدهسوز (الغليكوز) : مقداره ٠.١٥٠ في اللتر .

البولة: ١١٣٠ - ١٥٠ في اللتر .

٣) الفحص الخلوي : في السائل الدماغي الشوكي بلغميات (لنفوسيت)

عددها ٢ في الملتر المكعب .

٢ - فحص السائل الدماغي الشوكي

١) الفحص الطبيعي : يتغير منظر المائع في حالات مرضية سنائي على

ذكرها فيما بعد .

وكذلك الضغط فإنه يزداد في أورام الدماغ وانضغاط النخاع

والتهابات السحايا .

٢) الفحص الكيماوي : معايرة الآحين :

يعاير الآحين بالوسائط الطبيعية والكيماوية المستعملة في تحليل البول

فتى كانت العين ممارسة خيرة امكنها كشف ازدياد الآحين بفلي الذائل

قطر . ويكشف ايضاً بتفاعل تانره او بجامض الأزوت وغيرهما من

الكواشف . اما تعيين المقدار فتوجد طرائق عديدة لاجرائه نكتفي بذكر

طريقتين منها طريقة سيكار وطريقة رافو .

طريقة سيكار : يعاير الآحين بانبوب خاص معروف بأنبوب سيكار

وكانتالوب . واساس هذه الطريقة مبني على اناس معايرة الآحين في البول

على طريقة اسباخ .

فالانبوب المذكور مدرج ومقسم الى ٤ مم . وليس للنتجثرين

العلويين اقسام تالية واما السفليان فيقسم كل منهما الى خمسة اقسام يعادل

كل منها الخمس او ١٢٠ .

يوضع في الانبوب مقدار ٤ سم ٠ م ٠ من السائل الدماغي الشوكي (اي حتى الاشارة ٤) ثم يسخن الانبوب دون ان يغلي السائل ويضاف اليه ١٢ قطرة من محلول حامض الخل الثلاثي ويترك مدة خمس دقائق ويحرك الانبوب بعد أن يغطى بسدادته ويترك وهو قائم مدة خمس ساعات وبعد مرور هذه المدة ينظر الى الراسب فما كان دون الخط الاحمر الموجود في اسفل الانبوب يعد طبيعياً وما كان فوقه يعد مرضياً ٠ ويعادل الراسب في سوية الخط الاحمر ٠ ١٢٥ من الآحين في اللتر ٠ وما كان منه فوق هذا الخط يعادل ٠ ١٢٠ من الآحين في اللتر عن كل خط من الخطوط العليا ٠

طريقة رافو : ان اساس هذه الطريقة مبني على تختار الآحين الموجود في السائل الدماغي الشوكي بواسطة احد الحوامض المعدنية ومقايسة راسب هذا التختار براسب كلور الفضة الحديث التكون ٠

الكواشف المستعملة : ١ - يختار الآحين بالمركب الآتي :

حامض الصفصاف المبلور	١٣ غراماً
الكبريت النقي	١٥ مم ٣
ماء مقطر مقدار كافٍ لـ	١٠٠ مم ٣

ويحضّر هذا الكاشف بمخلوط حامض الصفصاف وحامض الكبريت في جفنة صينية ويحرك المخلوط جيداً بقضيب من البلور ٠ فبعد تجميع المخلوط المذكور يتصلب ويتقلب كتلة مبلورة ٠ فتسخن الجفنة على النار الخفيفة وبعد ما يكتمل الذوبان ترفع عن النار وتترك لتبرد ثم يحل المخلوط بالمقدار اللازم من الماء المقطر ٠

٢ - ويستعمل رافو لترسيب كلور الفضة محلولين : تركيب الاول

نترات الفضة	٠.٢٥ سنتغراما
ماء مقطر	١٠٠٠ غرام

تحل النترات ويوقى المحلول من النور في قناني مسدودة سداً محكماً

بسدادة بلورية . وتركيب الثاني :

كلورور الصوديوم	٥ غرامات
ماء	١٠٠ غرام

كيفية العمل : يستعمل رافو انبوبين احدهما للتخثير آحين السائل

الدماغي الشوكي. والثاني لترسيب كلور الفضة ومقايسة الانبوب الاول .

فالأنبوب الاول (وهو المعروف بانبوب (١) في الجهاز) يحتوي على

خطوط عديدة فاذا اتبعنا هذه الخطوط من الاسفل الى الاعلى نرى اولاً

خطاً كتب الى جانبه الحرفان C R ونرى فوقه خطاً كتب الى احد

جانبيه رقم ١ والى الثاني R . ويتلو هذين الخطين خطوط اشير اليها تباعاً

بالارقام ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٥ . اما الانبوب الثاني المعروف بالرقم (٢) فعليه

اولاً في الاسفل خط كتب الى جانبه الحرفان AG وفوقه خط آخر كتب

الى احد جانبيه الرقم ١ والى الثاني Na Cl وتتلوهما خطوط عديدة اشير اليها

تباعاً ب ٠.٦٩٠ ، ٠.٦٨٠ ، ٠.٦٧٠ ، ٠.٦٦٠ ، ٠.٦٥٠ ، ٠.٦٤٠ .

٠.٦٣٠ .

فلكي بعاير الآحين في السائل الدماغي الشوكي يوضع في الانبوب

الاول من السائل المذكور حتى اشارة C R ويضاف اليه من الكاشف

الحامض بالمقطرة حتى اشارة R ثم يسد الانبوب ويرج قليلاً ليستزج السائلان

ويوضع في الانبوب الثاني والآخر محلول نترات الفضة حتى اشارة AG
ويضاف اليه محلول كلور الصوديوم حتى اشارة NaCl - ويرج الانبوب
ببطء ليمتزج ما فيه .

قراءة النتائج : يقاس الانبوبان احدهما بالآخر بعد وضعهما امام شي اسود
فتستنتج ثلاثة امور :

أ - الكثافة واحدة في الانبوبين ويستنتج منها أن السائل الدماغى
الشوكي يحتوي على غرام في اللتر .

ب - الكثافة قليلة في الانبوب الأول بالنسبة الى الثاني . وهذا
يدل على أن الآحين اقل من غرام في اللتر . فيضاف حينئذ الى الانبوب
الثاني بضع قطرات من محلول كلور الصوديوم حتى تساوي كثافة الانبوب
المذكور كثافة الانبوب الاول . فسوية السائل في الانبوب الثاني وما
يحاذيها من الخطوط والارقام يدلان على مقدار الآحين في اللتر . نفرض
اننا اضفنا الى الانبوب الثاني محلولاً من كلور الصوديوم حتى بلغت بسوية
السائل الاشارة (١٥٠) فيستدل منه أن السائل الدماغى الشوكي يحتوي
على مقدار ١٥٠ من الآحين في اللتر وعلى هذا فقمى .

ج - الكثافة في الانبوب الاول اكثر من الانبوب الثاني فيستدل
أن كمية الآحين في س ٥٠ ش . اكثر من غرام في اللتر . ولتقدير الكمية
يضاف الى الانبوب الأول كمية من الماء المقطر حتى اشارة (٢) واذا
ظلت الكثافة بعد الرج اعظم من الكثافة في الانبوب الثاني يضاف اليه
ماء مقطر الى اشارة (٣) او (٤) وان خرجت تصبح الكثافة في الانبوب الاول

أقل منها في الأنبوب الثاني .

وإذا حدث في أثناء التمديد أن الكثافة في الأنبوب الأول خفت عما هي عليه في الأنبوب الثاني يضاف إلى هذا الاختير كمية من محلول كلور السوديوم حتى تصبح الكثافة فيه مساوية لما هي عليه في الأنبوب الأول فالإشارة التي تصل إليها سوية السائل في الأنبوب الثاني يضرب رقها بكمية التمديد في الأنبوب الأول ونحصل الضرب يدل على كمية الآحين في اللتر .

فإذا أجري التمديد في الأنبوب الأول حتى إشارة (٣) وقابلها في الأنبوب الثاني ١ مرة ٠٦٤٠ فكمية الآحين في السائل $3 \times 40 = 120$ سانتيغراماً أي ١٢٠ في اللتر .

ولحفظ الأنابيب بحالة جيدة يجب غسلها بعد كل عملية بوضع قطرات من النشادر ثم بالماء وتجفيفها جيداً .

ولهذه الطريقة حسنات وهي معايرة الآحين بقليل من الزمن ومن محاذيرها أنها تستدعي الدقة والانتباه الشديدتين بالمقاييس والتوازن عليها فكثيراً ما تتباين كمية الآحين في سائل واحد إذا عهد بتحليله إلى شخصين . ونحن نرجع في مخبرنا إلى هذه الطريقة في الحالات المستعجلة أو متى كانت كمية السائل المرغلة قليلة وفي سوى ذلك فإننا نستعمل طريقة سيكار وكثيراً ما نستعمل الطريقتين ونقابل أحدهما بالآخرى .

(للبحث صلة)

الطريق الخلي الجاني في جراحة الكلية

للحكيم مرشد خاطر استاذ الامراض الجراحية ومسريرياتها

ان الامر الذي يوجه الجراح اليه عظيم اهمته في استئصال الكلية انما هو الزمن الذي يربط به ذنب الكلية فاذا لم يمكنه الطريق القطني من ان يرى جيداً العضو الذي يتأصله لجأ الى سواء أملاً باتقان عمله وتحاشياً للنزف وهذا ما حدا بالجراحين الى استنباط الطرق الامامية لانها وفي بالمراد في كثير من الحالات وقد نشر باتل وكراسل وقاشه من لبون مقالة ضافية عن احدى هذه الطرق رغبت في نقل ملخصها لما فيها من الفائدة .

تاريخ الطريقة : عرفت هذه الطريقة منذ زمن بعيد اي منذ وجدت جراحة الكلية . غير انه قد اصابها ما يصيب سواها من الطرق فأهملت ونسجت عليها عناكب النسيان ولم تبعث الا منذ بضع سنوات خلت .

فان بردنهو اشار سنة ١٨٨١ قبل كل أحد بسلوك الطريق الجاني للوصول الى الكلية . وقد رسم ثلاثة شقوق الاول افقي محاذ للضلع الثانية عشرة والثاني افقي ايضاً محاذ للفتحة الحرقفية والثالث عمودي يصل منتصف الخطين السابقين احدهما بالآخر

ثم جاء تورنتون بعده بستين فين حسنت هذه الطريقة بشاهدة نستحق ان تدون في تاريخ جراحة الكلية . فيينا كان يستأصل المبيض

جرح الحالب فقرر ان يستأصل الكلية ففرق الحلب (البريطون) عوضاً عن ان يشقه وتمكن من الوصول الى الكلية بدون عناء وقد بين ان الطريق سهل عليه ربط الذنب وان هذا الربط ممكن اجراؤه قبل استخراج الكلية وقد لفظ حينئذٍ هذه الجملة (ستكون هذه الطريقة طريقة المستقبل) وقد صحّ نكته لان هذا الطريق المار الى جانب الحلب قد سلكه منذ ذلك الوقت جراحوه كثيرون نظير كورنلن ولوقاشميونيوار وانطونا وثرالامنة ١٨٨٦ وقد كان هذان الاخيران يشقان وحشي المضلة المستقيمة وبعدها ان يقطعا الطبقات العضلية والصفاقية في الجدار كائنا بفرقان الحلب ويدفعانه الى الأنسي فكان يظهر لها وجه الكلية الامامي

ثم اهملت هذه الطريقة نحو عشرين سنة حتى جاء غرغوار سنة ١٩٠٥ فوصف في اطروحته طريقة اجراء هذه العملية في سرطان الكلية الذي يجب استئصاله مع العقد الضخمة

ثم عاد الى درس هذه العملية شافسي من باريس سنة ١٩١١ وازضاف بعض امور منها ان اجراء شق مقابل في الناحية القطنية مفيد كل الفائدة في الحالات التي تستدعي التحفيض (Dainage) بعد استئصال الكلية وقد قام كثيرون من جراحي ليون باجراء هذه العملية نذكر منهم فيمار وفييار وروشه وبارار واثنا الآن ذاكرون طريقة اجراء هذه العملية حسبما اقر عليها رأي الجراحة

طريقة الاجراء :

أ - وضعة المريض : يضطجع المريض على ظهره ويوضع

مسند بيته تحت القسم العلوي من ناحيته القطنية حتى اذا اعلى هذا المسند انفرجت حافة الجذع وبرزت ناحية الكلية في الامام وهذه هي الطريقة نفسها المتبعة في جراحة الطرق الصفراوية .

ولا بد من اضاءة ساحة العملية بنور موجه الى الناحية لان هذه الاضاءة تلجئ جميع الناحية فلا يخفى منها عن عين الجراح شي .
ويقف الجراح في الجهة المريضة ومعاونه في الجهة الثانية ويستحسن ان يكون الدولاب المحرك لمسند بيته في جهة المعاونة لئلا يعوق الجراح في اجراء بعض الحركات .

ب - رسم الشق الجلدي : قوام هذا الشق ١ - شق جانبي وحشي يبتدى من النهاية الامامية للضلع العاشرة حتى الشوك الحرقفي الامامي العلوي من الجهة نفسها وبعيداً عنه بضعة سنتيمترات .

٢ - شقان مائلان مؤلفان زاوية منفرجة مبتدئان من طرفي الشق الاول ومنتهيان على بعد ٢ - ٣ سنتيمترات فيكون مجمل هذه الشقوق شبيهاً بهلالين .

ج - شق طبقات جدار البطن المختلفة : بعد ان يشق الجلد كما ذكرنا سابقاً يشق الصفاق المبطن والمنحرفة الكبيرة والمنحرفة الصغيرة ويلمح الشق في القسم العلوي والافقي غمد المستقيمة الكبيرة فيتحاشى فتحه .
ويجب ان تشق العضلة المعترضة بكل تودة ولطف لان الخلب يلتصق بوجهها الباطن التصاقاً وثيقاً . واذا فتح جوف الخلب فليمن ذلك بالخط الكبير لانه يحتاج في الحال غير ان تحاشي هذا الامر افضل .

د- كشف الكلية المريضة : يفرق الخلب حينئذٍ ويدفع ومحتويات البطن بسهولة نحو الخط النصفى ، ويضع الجراح مصراعاً غير يضبط هذه الاحشاء في الانسي ويعد به الى المعاون . وتظهر حينئذٍ الكلية المريضة التي تكاد تشغل ساحة العملية جميعها بالنظر الى ضخامتها وقد برزت في الامام لان مسند يبله دفعها .

ومتى بعد المعاون بمصراعه محتويات البطن جيداً ودفعها الى الانسي ظهر ايضاً ذنب الكلية بوضوح . فيجري الجراح حينئذٍ الطريقة المعروفة في استئصال الكلية .

هـ- ترميم جدار البطن : بعد ان تستأصل الكلية ينزع المعاون مصراعه بلطف فتعود الاحشاء الى مقرها وينخفض مسند يبله وتختاط الطبقة العضلية بغيرز على هيئة (U) فالطبقة الصفاقية فالجلد . ويجب ان تكون الخياطة تامة وامامتى احتيج الى التعفيض فيجرى شق مقابل في الناحية القطنية حسنات هذا الطريق الجانبي :

هذه الحسنات كثيرة ولا بد من اظهارها جيداً سواء في اثناء العملية الجراحية أو فيما بعدها .

أ- في اثناء العملية الجراحية : أ- وضعة المريض : يكون المريض مضطجعاً على ظهره فلا ينزعج مطلقاً ويسهل على المخدر تديره واما اذا كان مضطجعاً على جنبه كما هي الحالة في الطريق القطني فتزول هذه الحسنة

ب - يرى الجراح دفعة واحدة الكلية وذنبها لان ساحة العملية واسعة خلافاً لما هي عليه في الطرق الاخرى . فيجد نفسه ازاء حالتين مختلفتين :

أ - اذا وجد امامه كلية حرة غير ملتصقة تمكن من اخراجها خارج البطن وخرج قطبها العلوي من تلقاء نفسه وان يكن تحريره في الغالب صعباً دون ان يصاب الحجاب الحاجز او الرئتين الجنبية باذى لان الاصبع تفرق الاتصالات والعين تراها . وتستخرج الاورام معها كانت كبيرة كتلة واحدة بهذه الطريقة وليس ذلك ممكناً بالطريق القطني الذي تحده في العالي والاسفل قطع عظمية .

ومتى استخرجت الكلية يربط ذنبها ويجرد الحالب الى ابعد نقطة ممكنة ولا سيما متى كان مصاباً بالمرض ثم يقطع وهذه الحسنة لا وجود لها في الطريق القطني .

ثم يأتي زمن الاوعية وهو الزمن الذي يخشاه الجراح في الطريق القطني لانه لا يرى جيداً ما اذا كانت مناقشه قد احسن وضعها ام لا واما هنا فانه يرى كل شيء جيداً فيسهل عليه ربط الاوعية كما يسهل ربط ذنب الطحال في استئصال هذا العضو . ولا يستبعد ان تكون في الكلية اوعية اضافية موجودة في قطبها ففي القطب السفلي قد يكون شريان اضافي آت من شريان الكظر (المحفظة فوق الكلية) وفي القطب السفلي قد نرى شرياناً آتياً من الوتين (الاورطى) مباشرة .

فتمت وجدت هذه الشرايين سهلت رؤيتها على الجراح في هذه الطريقة الجانبية فربطها ولم يمزقها وتماشى بربطها النزف التالي الذي قد يكون ممبئاً واذا جاز لنا التشبيه قلنا ان الفرق بين استئصال الكلية بهذه الطريقة واستئصالها بطريق القطن كالفرق بين استئصال الرحم بطريق البطن

والتنصلاها بطريق المهبل .

ب - واذا وجد امامه كلية ملتصقة يصعب استخراجها حق له ان يعد نفسه سعيداً لاختياره هذه الطريقة لانها تمكنه من النظر الى الالتصاقات جيداً وفكها وهذا متعذر عليه بالطريق القطني ومتى كانت حجم الورم كبيراً والالتصاقات مشدودة يخشى نزفها متى فكت يبدأ الجراح كما يشير بازي بر بط الذنب اولاً وهذا سهل في هذه الطريقة وربط الذنب اولاً يزيل محذوراً قد يقع وهو انتشار التعفن السلي بالدم المسبب عن الضغط الذي يحرقه الجراح على الكلية المسلوطة او انتشار الآفة السرطانية .

فلا مشاحة اذن ان لهذه الطريقة والطرق الامامية معها كان نوعها حسنات جراحية لا تكرر . وقد انمى بعضهم على هذه الطريقة باللائمة فقالوا ان التجفيض (Drainage) فيها مستصعب ولكن متى كان التجفيض ضرورياً فما عساه يمنع الجراح عن اجراء شق في الناحية القطنية بعد انتهاء العملية وسد الجرح الامامي سداً تاماً ومن الجراحين من يحفض في الامام دون محذور ويقول بارار ان هذا التجفيض لا يضر ابداً بمتانة الندبة .

٢ - بعد انتهاء العملية : ان هذه الحسنات تستحق الذكر وان تكن اقل عدداً واهمية من الحسنات التي ذكرناها في اثناء العملية . فمنها ان المريض يضطجع على ظهره حرّاً لان جرحه يقع في الامام كما في فتح البطن دون ان يضطر الى القاء ثقله عليه . ومنها ان تضييد الجرح ومراقبته اسهل مما هي عليه في الطريقة القطنية لانه مما من حاجة الى ادارة المريض في كل مرة وهذه الحركة لا تخلو من الازعاج .

استطابات هذه الطريقة : أ- في استسقاء الكلية (Hydronephrose)

الولادي : تظهر حسنات هذه الطريقة جلية واضحة في هذا الداء لأن
تقر بق الخلب يتم بسهولة فائقة واستخراج الورم الكبير يقع بدون طارئة
وتحقق وجود الاوعية الاضافية يظهر واضحاً كما ذكرنا ولأن النتائج
الجراحية باهرة .

ب - في اورام الكلية الخبيثة : ان اخراج الكلية متى كانت مصابة
بورم خبيث مستصعب جداً وطويل فيحق لنا ان نعد هذه الطريقة الطريقة
الفضل في هذا المرض لانها تذلّل هذه الصعوبة . فيستخرج بها الورم كتلة
واحدة دون ان يفتت . وتساءل المقد البلغمية (النفوذية) الضخمة .

ج - في سل الكلية المنتشر والمغلق منذ البدء : يتصف هذا النوع
من سل الكلية تشرعياً بورم كبير قوامه الكلية المتوسعة التي لم يتفحج
محيطها ولم يتنمر وانما استحال نسجها الى مادة شبيهة بالمصطكي . وان
السير السريري لهذا النوع خاص فهو لا يتصف باعراض يولية وانما يسترعي
الافكار فقط وجود ورم قطني بطني يصعب تشخيصه . ان سل الكلية
هذا (الورمي النوع) يسهل استئصاله بالطريق الجانبي اكثر من الطريق
القطني . واستخراج الكلية بهذه الطريقة ممكن كتلة واحدة دون تفيت
الورم وتلوّث المنطقة المحيطة بالكلية وتسبب اضراراً ثانوية .

هذه هي الطريقة التي يفضل بها الطريق الجانبي الطريق القطني
وصفوة القول انه متى وجد في ناحية الكلية ورم كلوي كبير وجب اختيار

هذه العملية لانها الفضلى و يقول فيلار « كل ورم كلوي يحس من البطن
يختار في استئصاله الطريق الامامي » وكان يشير فيلار بالطريق خلال
الخلب غير ان في فتح جوف الخلب ما فيه من تلويث محتوياته ومن
حدوث الصدمة . ولهذا يفضل الطريق خارج الخلب الطريق المار به .
وما من ينكر ان الطريق القطني افضل من هذه الطريقة متى ثبت
للجراح ان في محيط الكلية صديداً . او متى كان المراد من العملية الجراحية
الابقاء على الكلية او الحويضة .



ردوض الركبة

للحكيم مرشد خاطر استاذ الامراض الجراحية ومسرير بانها

ان في وظيفة مفصل الركبة ما فيها من التناقض فهو مفصل يتحرك
حركات متسعة ليقوم بالوظيفة التي اعد لها وهو مفصل متين قوية ربطه
ووسائطه المثبتة لانه معد ايضاً لخل ثقل الجسد .

وان ترتب السطوح المفصالية الفخذية الظنبوية (Femoro tibiales)
التي تكاد تكون مسطحة يعيد هذا المفصل قاصراً عن القيام بهذه الوظائف
لولا ان تكن هذه السطوح مثبتة بربط فاعلة ومنفعلة متينة . ويقول تافرنيه
بهذا الصدد : ان متانة المفصل سببها كثرة الربط حول المفصل وفيه ووجود
الاقراص (Ménisques) التي تكمل هذا الارتباط العظمي .

ولا بد من القاء نظرة تشريحية خلقية (فسيولوجية) على مفصل
الركبة قبل ولوج الموضوع الذي نعالجه .
في مفصل الركبة :

١- ربط جانبية متينة تمنع الحركات الجانبية وتسمح بحركات
العطف والبسط .

٢- ربط متصالة امامية وخلفية مركزة على الوجه الباطن لحدبات
الفخذ وعلى الاشواك الظنبوية وهذه الربط مسترخية بعض الاسترخاء لا تعوق
العطف والبسط ولكنها تمنع الظنبوب عن ان يندفع الى الامام او الى الوراء .

٣ - الاقراص (Ménisques) التي تبدل مقرها متى بدلت الحديبات مكانها او متى تقلصت العضلة المربعة الروؤس ايضاً لأن هذه العضلة تبعث الى الاقراص بربط وجهه بوزنه الانظار اليها منذ زمن بعيد . وبين لنا علم الحلقة (فسيولوجيا) ايضاً ان الركبة ، عدا هذه الربط المنفصلة مدينة بتأنة ارتباطها لقوة العضلات المحيطة بالمفصل وهذا ما يدعوا الجراحين في معالجة افات الركبة الجراحية الى المحافظة على عضلات الركبة ولا سيما على المربعة الروؤس .

وان مشاهدة داله لا كبر دليل على ما لعضلات الركبة من الاهمية في وظيفة هذا المفصل فقد اجرى هذا الاستاذ عملية لجريح مصاب بخلع في ركبه لا يرد فوجد ان القسم الاكبر من الربط كان ممزقاً فرد المفصل ولم يعالج الربط الممزقة فشفي الجريح شفاء تاماً وظل مفصل ركبه متحركاً ومتيناً لان عضلاته كانت سليمة

فيفهم مما تقدم ان الركبة المعرضة تعرضاً شديداً لارضوض العنيفة قد تصاب فيها عدا الاقسام العظمية بعض الوسائط المثبتة للمفصل اوجميعها فتي اصبحت الربط او العضلات او الاقراص ولم تبدل السطوح المفصالية مقرها سميت الافة وثاء (entorse) الركبة .

مع اننا لو تصفحنا المؤلفات حتى الحديثة منها لقرأنا فيها ان وثاء الركبة في عرف بعض المؤلفين هو الافات التي تصيب الربط الجانبية الانسية او الوحشية ولرأينا ان تمزق الربط المتصالية فصل مستقل وان لكسور الاشواك الفلنوبية وافات الاقراص وانخلاعها بحثاً خاصاً في افات الركبة

مع ان هذه الآفات المختلفة التي قد تكون منفردة او مجتمعة داخلية - في نطاق وثاء الركبة . لان مشاهد اعراضها واحد وما بعض الصفات الخاصة التشريحية والسريرية ولا المعالجات المتنوعة التي تستدعيها هذه الآفات الا اعراض ثنوية لانفك حلقات هذه السلسلة احداها عن الاخرى ويشترط فقط ان يضاف الى التشخيص ما يدل على القسم التشريحي المصاب فيقال :

وثاء الركبة مع آفات الربط الجانبية الانسية او وثاء غنغولف وثاناه او وثاء سغوند .

وثاء الركبة مع آفات الربط المتصالبة اقترن ام لم يقترن بانقلاع الاشواك الظنبوية .

وثاء الركبة مع آفات الاقراص : الانسية او الوحشية

وثاء الركبة مع انفكالك المفصل

الاسباب :

١- البسط العنيف : يسبب بسط الساق على الفخذ في الشيوخ متى كان عنيقا كسرا يكاد يكون دائما في النهايات المفصلية .

اما في الكهول فتسبب هذه الحركة تمزق الربط المتصالبة والربط الخلفية وقد تمزق بمعدل (٣ مرات من ١٦ مرة) الربط الجانبية . وقد بين سغوند ان الرباط الجانبي الانسي يفك ارتكازه العلوي واما الرباط الجانبي الوحشي فيفك ارتكازه السفلي . ولا يسبب البسط العنيف في الجثث آفات عضلية واما في الاحياء فانه يقطع الربط القرصية الامامية .

٢- العطف العنيف : لا يسبب شيئاً في الموتى أما في الأحياء فيؤدي
 تقلص المربعة الرؤوس الى اقلع الحدة الظنوبية الامامية او الى انقطاع
 الرباط الداغهي (Rotulien) او الى آفات الاقراص .

٣- الحركات الجانبية العنيفة : متى اقترنت بانفتال الساق تسبب دائماً
 تمزقاً في الربط المحيطية الخلفية والجانبية والمتصالبة .

المعاينة السريرية : متى اتى جريح مستشيراً احد الاطباء عقب حركة
 عنيفة في ركبته يترتب على الطبيب ان يدرس :

١- الجهاز المظلي الرباطي اعني الصقل (Squelette) والربط
 الجانبية والمتصالبة والخط المفصلي مع جهاز الاقراص .

٢- المضلات

٣- تفاعل المحافظة المفصلية

فتعين هذه الاقسام المختلفة في حالتي الراحة والعمل ويجب ان
 يكمل تحري الحركات بدرس الحركات الطوعية والحركات المجدثة .

التشخيص التشريحي : ان التفتيش عن الشروط التي وقع فيها الرض
 والمعلومات المستقاة من المعاينة والرسم الكهربائي تمكن الطبيب من وضع
 التشخيص الحقيقي . يقسم وثاء الركبة الى :

أ- وثاء الربط الجانبية وهو نوعان آ = وثاء الرباط الجانبي الانسي
 وهو الوثاء الذي يقع بسبب التباعد والدوران الوحشي ويسمى وثاء غنفولف
 ونفانه ٢- وثاء الرباط الجانبي الوحشي وهو الوثاء الذي يقع بسبب

التقريب والدوران الانسي وهو اما ان يقرن او لا يقرن! بنقطة سفوندا .
 ب - وثاء الربط المتصالبة : وبه يكون التمزق متناولاً الرباط
 جميعه او بعضه وينال التمزق امار باطاً واحداً او رباطين او يتصف
 الوثاء باقتلاع الارتكازات العظمية التي ترتكز عليها الربط سيف الفخذ
 او الظنوب .

ج - وثاء الركبة المقرون بأفات الاقراص :
 د - وثاء الركبة مع انفكالك المفصل وهذا النوع يتناول الوسائط
 الثابتية جميعها .

قواعد المعالجة : تقوم معالجة وثاء الركبة :

- ١ - بمعالجة الانصباب المفصلي المسبب عن تفاعل المحفظة
- ٢ - بمعالجة العضلات التي يجب علينا ان نلأ في ضمورها لانه يظهر سريراً
- ٣ - بمعالجة الآفات العظمية الليفية

اما معالجة الانصباب والضمور العضلي فمعروفة ولا حاجة الى ذكرها
 وهي تختصر بوضع كلات « إفراغ الانصباب والتحرك السريع » .
 واما معالجة الآفات العظمية والليفية فقد اخذت دوراً مهماً في هذه
 السنوات الاخيرة وان من طالع ما كتب ويكتب عن تمزق الربط
 المتصالبة والجانبية وعن كسور الاقراص وانخلاعها يتخيل له ان جميع هذه
 الحالات تستدعي معالجة جراحية مع ان هذا نوع من الغلولان الكثير من
 هذه الآفات يشفى من تلقاء نفسه ولان الجراحة ليست ضرورية الا في
 هاتين الحالتين .

١- متى وجد عائق آلي يمنع المفصل عن التحرك تحركاً حرّاً او يسبب التهاباً مرمناً فيه (كالأجسام الغريبة وككسور الاقراص او انخلاعها وكالكسور الغسمية التي تعوق المفصل في حركاته) .

٢- متى كانت الآفات العظمية اللبغية او العضلية شديدة يخشى منها القضاء على حركة المفصل .

ففي الحالة الاولى تمد الجراحة لازمة لا مندوحة عنها وتكون نتائجها حسنة باهرة واما في الحالة الثانية فقلما تؤدي الجراحة الى نتائج حسنة ثابتة لان العملية لا تجري الا بعد ان تكون قد فشلت المعالجات الاخرى وتلفت وظيفة المفصل .



معلومات نسيجية خلقية

عن السخند (البلاسنتة)

للحكيم شوكة موفى الشطي استاذ فن النسيج والتشريح المرضي



يتركب السخند من زغب عديدة لتغمس في دم الوالدة ويثبت بعضها السخند بالرحم ويبقى البعض الآخر مسائلاً في البهترات الدموية . وتستمر زغب السخند طبقة بشرية مضاعفة مكونة من جمل خلايا (سنسيسيوم) تلامس الدم مباشرة ومن خلايا لانغهانس (Langhans) وهي خلايا تنشأ من الوريقة الظاهرة وتنتشر على سطح نسيج الزغابة الغام ويقل عدد هذه الخلايا كلما نما الحمل الى ان يفقد قسمها الاعظم ويكاد يصبح السنسيسيوم وحده الغشاء الذي يفصل دم الوالدة عن اوعية الجنين الشعرية . وتصادف في باطن السخند وفي حوافه تصورات ليفية لا تزال دلالتها مجهولة وقد اطلق عليها خطأ اسم احتشاء (Infarctus)

نحصل المبادلات الجنينية الوالدية في طبقة السنسيسيوم وفي خلايا الاندوتاليوم في الاوعية الشعرية ويظهر ان اول ما يحتاج اليه الجنين من المواد هي الملاح المعدنية والماء .

وقد شبهت سيرة الزغابة السخندية بغشاء التنافذ (Dialyseur) وهو غشاء تنفذ المواد المنحلة كالملاح والبوله وحامض الصفصاف والمورفين

والكحول والاثير وحامض الفحم . . . الخ بسهولة فاتقة واما المواد القروية فلا تنفذ الا بصعوبة زائدة . ويرئس حادثة التبادل في الفشاء تبين التوتر التنافي في طرفيه .

ننتقل المواد التي يمتصها دم الام الى دم الجنين وتصبح نسبتها فيه بعد حين معادلة لنسبتها في دم الوالدة وقد درس ذلك غرهان (Gréhan) في مادة الكحول فوجد ان نسبة هذه المادة في دم الجنين تصبح بعد ساعة ونصف ساعة مساوية لنسبة المادة نفسها في دم الوالدة وان هذا لا كبر دليل على الضرر الذي يلحق بالاجنة متى كانت الام مدمنة للكحول .

وغير مولد الحموضة من الوالدة الى الجنين بفضل تبين التوتر بين الدمين (دم الوالدة والجنين) فكمية مولد الحموضة في دم الام اكثر مما هي عليه في دم الجنين ونسبة توتره في دم الوالدة اشد مما هي عليه في دم الجنين ولذلك يمر اوكسجين دم الوالدة الى الولد فيتنفس الجنين . اما اذا نقص توتر مواد الحموضة في دم الوالدة لسبب من الاسباب كالاختناق او انقطاع التنفس اتبع الاوكسجين طريقاً منعكساً وانتقل من الجنين الى الام وان افراغ حامض الفحم من دم الجنين في دم الوالدة يتم حسب الطريقة الآتية الذكر .

هذا في المواد المنحلة في المصورة الدموية واما نفوذ المواد الآحنية والشحوم والجسيمات الذرية فلا يزال امرها غامضاً ولا بد من التساؤل عما اذا كانت هذه المواد تتجاوز غشاء السخند البشري ؟

لقد ثبت ان السخند المجرد عن الدم يحتوي على الآحوز (Albumose)

وان بعض المواد التي تحدث من تجزء ذرة الآحين كالكرآئين والكرآين
 ننفذ من خلال السخند وكذلك المواد التي تهب المناعة والعناصر التي تحصل
 في اثناء سير الامراض العفنة ودليل ذلك ان الام التي اصببت بالحنساق
 الديفترائي وغولجت بالمصل المضاد له تلد ولداً يحوي دمه مقداراً من
 الاضداد تعادل كميتها الكمية التي توجد في دم الوالدة وكذلك الامر
 في الحمى المعوية (نظيرة التيفية) وكلنا يعلم ان ولد المصابة بالجدرى في اثناء
 الحمل منيع على هذا المرض فلا يصاب به ولا يؤثر فيه اللقاح اذا لقع .
 ومن الامور الهامة اجتياز البريميات الشاحبة للسخذ ويتم بذلك
 تراث الزهري وقد ثبت هذا الامر بالفحص النسيجي الجرثومي اذ ظهر
 ان اكباد ولدان المصابين بالزهري مفعمة بالطفيليات الزهرية .

تضارب الاراء اليوم في نفوذ الشحوم للسخذ وقد رجحت كفة
 الدقائين بنفوذها حينما تتحقق بعض الشروط كضرورة الشحم منحلا (كما
 في الصابون والحلويين « غلرين ») وقد اثبتت بعض التجارب ان
 الاصبغة الصفراوية لا ننفذ السخذ الا ان ولادة ولدان مصابين باليرقان
 تجعلنا نشك في هذه التجارب . وشبه بعض المؤلفين الرغبة المشيمية بزغابة
 المعى ولكن لخلايا بشرة المعى قطبان تسكن فيهما مصورات حيوية وليس
 الامر كذلك في الخلايا المشيمية (C . Chorale) اذ لا توجد المصورات
 الحيوية الا في قطب واحد ولا في جل الخلايا (السنسيسيوم) حيث
 لا تنج المصورات الحيوية اتجاهاً خاصاً بل تكون مبعثرة بدون النظام .
 وقد كشفت في السخذ خثائر هامة يعمل بعضها كالهضمين (بيسين)

والبعض الآخر كالمضمين الثلاثي (تريسين) والاريسين وعرف منذ عهد كلود برنار ان السخند يحوي كمية كبيرة من مولد الدبسوز « غليكوجان » ولا سيما في النصف الاول من الحمل وان فيه غمر الانعكاس (Invertase) وغمر اللابن (Lactase) وغمر الزبد الاول والثالث Mono et Tributhyrase وغيرها اخرى تجزى عناصر نظائر الدبسوز (Glycosides) وغيرها وادعى البعض ان قسماً من الاثيرات (Ethers) يتصب في السخند وان في السخند غمراً خاصاً يخثر مولد اليفين « Fibrinogène » فيساعد على ايقاف النزف حين انفكك السخند في الخلاص وهذا ما بين لنا سبب وجود خثر دموية في باطن السخند . وفي السخند ايضاً مادة تضاد التخثر (Anticoagulant) وقد عرف ذلك على اثر تجربة بسيطة اذ وضع دم السخند في اناء بلوري فلم يتخثر الا بعد انقضاء زمن طويل غير مألوف بحث في هذه السنين الاخيرة ستار لينغ (Starling) وكلايتون (Claypton) في تأثير عصارة السخند وخلاصته فتبين لما انه ينشأ من البيضة الملقحة بكاملها (وفيها السخند) رسل كيمائية (Hormones) تؤثر في غدة الثدي فتكثر عدد خلاياها وتوهمها لافراز اللبأ وتدير الدرة ولذلك نرى في كثير من الحيوانات اللبونة غريزة (Instinct) خلقية تدفع الهرة مثلاً الى المحافظة على سخندها واكله بعد الولادة تسهيلاً للدرة اللبنية .

وقد ابان المجر بون ان خلاصة السخند تؤثر في المخاض كجوهر الغدة النخامية فتزيد قوته وجرب شيكله (Schicklé) ذلك في الانسان فاثبت

ان جوهر السخند يؤثر بجوهر الغدة النخامية فاذا وصف بمقادير صغيرة نظم المخاض وقواه واما الجرعات الزائدة منه فتسبب الكزاز الرحمي . ويعتقد شيكله ان هذا الفعل ليس خاصاً بالسخند وحده لان خلاصة المبيض وجوهر الجسم الاصفر وخلاصة بعض الاعضاء كمضلة الرحم والكبد والكيتين تعمل العمل نفسه وقد عرف ان في السخند كمية زائدة من نظائر الشحوم (lipoides) كشحم الصفراء (كولسترين) ونظائر الفوسفات (Phosphatides) .

يستنتج مما اسلفناه ان السخند يخوي عناصر موسعة للاوعية ومخثرة للدم ومنشطة للمخاض اي لتقلص الليف العضلي الأملس ولكن العالم الطبي لم يلفظ بعد كلمته الاخيرة عن ذلك ولا يزال الاخذ والرد شديد بين حول هذه الامور الغامضة وقد تحقق ان السخند عضو معد لتغذية الجنين وان مبادلات تقع في ستره زغابات البشرية من جهة الوالدة والجنين . يحمل دم الحامل في اثناء الحمل مخزناً مضاداً للسخند ويستند تفاعل ابدرهالدين (Abdérhalden) على هذه الخواثر .

ينقص التوتر في الاسناخ الرئوية ويقل امتصاص الصورة للحامض الفهم وقد ظن البعض ان ذلك يهيج مركز التنفس فيسبب الاضطرابات التنفسية التي تحدث في الحمل . اما الملاح الكلسية فتقل كميتها ويتبدل في آخر اوان الحمل تركيب الدم الور يدي وهذا ما يوضح لنا سبب ازرقاق بعض المناطق في بشرة المهيل .

التخدير في امراض الفم تخدير العصب السني السفلي

الدكتور غوستاف جينسناي احد اساتذة شعبة طب الاسنان

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ذكرنا في مقالتنا السابقة التخديرات الموضعية والعامية وبدأنا بدرس
التخديرات الناحية فوصفنا تخدير العصب المضغي وقدمناه على سواء من
الاعصاب لانه لا يزال قليل الشبوع ولانه استنبط في مدرسة مصلحة
الصحة العسكرية في باريس .

اما العصب السني السفلي الذي نصف طريقة تخديره في هذه المقالة
فهو عصب قد اعتاد اطباء الاسنان تخديره لان عمليته تتم بطريق الفم خلافاً
للعصب المضغي الذي يتخدر بطريق الجلد هذا الطريق الذي لا يزال يخشاه
كل من لم يكن طبيباً . وقد استنبطت طرق عديدة لتخدير هذا العصب
(طريقة نوغه وجارار مورل من باريس وطريقة ديلافه من تولوز) غير
اننا نكتفي بوصف الطريقة السهلة التي وضعها استاذنا بارت في فال دوغراس
ذكرى تشريحية : ان العصب السني السفلي الذي يعصب القسم الاكبر
من الفك السفلي ولثاته وسائر اسنانه هو ثمة العصب الفك السفلي
(الشعبة الثالثة للمثلث التوائم) يسير هذا العصب من العالي الى الاسفل
و يمر بين العضلتين الجناحيتين (Pterygoidiens) فيبن الجناحية الانسية

والشعبة الصاعدة للفك السفلي ويدخل العظم بشقبة القناة السنية التي يحجبها شوكة سبيكس . ويصحب هذا العصب في سيره شريانه المرافق فيجتاز قناة باطن العظم جميعها تاركاً خيوطاً عصبية للعظم والاسنان واللثة ثم يخرج من الشقبة الذقنية حذاء الضاحكة (Prémolaire) الثانية وينتهي بياقة من الخيوط العميقة التي تعصب الغشاء المخاطي للشفة السفلى واللثة ومن الخيوط السطحية التي تتوزع في جلد الذقن . وان النقطة الوحيدة التي نستطيع بها ان نناله بسهولة هي شوكة سبيكس وفوهة القناة السنية وتقع هذه النقطة على رأي نيفار عند منتصف الشعبة الصاعدة على بعد ٣٠ - ٣٥ ملمتراً من الناقى المنقاري (Coronoïde) والحذبة (Condyle) والزاوية . وتقع بالنسبة الى الحافة الامامية للشعبة الصاعدة وراءها على بعد ١٠ - ١٥ ملمتراً . واذا اخذنا سطحاً افقياً ناسبت هذه النقطة النقطة الواقعة فوق السطح الساحق للارحية الخلفية بسنتيمتر واحد ولا يخفى انه توجد مسافة خلف الرحي الكبيرة السفلى تسمى « المثلث خلف الرحي » وهو مؤلف من فروع الحافة الامامية للشعبة الصاعدة عند اتحادهما بالشعبة الاقبية . وان الاصبع متى دخلت جوف الفم شعرت جيداً :

- ١ - بالضلع الوحشية لهذا المثلث التي تضمحل على الوجه الوحشي لجسم العظم امام ارتكازات العضلة الماضغة حيث تسمى الخط المائل الوحشي
- ٢ - بالضلع الانسية، وهي اقل بروزاً ، التي تسير نحو الحافة السنخية الانسية . ومختصر الكلام ان النقط الاستكشافية هي هذه :

- ١ - المثلث خلف الرحي وقنزعتاه اللتان تشعر بهما انملة السبابة .

٢ - الحافة الامامية للشعبة الصاعدة .

٣ - السطح الساقق للرحى الاخيرة ومتى كانت مستخرجة كانت النقطة فوق القنزعة بـ ١٦ - ١٨ ملمترًا .

الاستطابات : يخدر العصب السني السفلي في جميع الحالات التي لا يجمع فيها تخدير اللثات : كما في استخراج اسنان كثيرة ، او استخراج اسنان موجودة في بؤرة التهاب العظم حولها وتكون الحراج والتهبت اللثات التهاباً شديداً أو في استئصال الاورام أو في تجريف الاستاخ او في استخراج اللب المبدئي وغير ذلك .

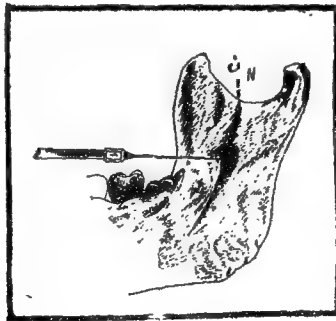
طريقة العمل : ان افضل الآلات والادوات ما كان سهل التعقيم . تستعمل محقنة لوير البلورية التي سعتها ٥ - ١٠ سم ٣ و طرفها المعدني وابرة معدنية من النيكل او الذهب الابيض طولها ٥ - ٦ سم مبرية بربا قصيراً (لان قصر البري يمنع ثقب الاوعية) .

واما المحلول المخدر فهو المحلول ذاته المستعمل في تخدير النواحي الاخرى : ٣ - ٥ سم ٣ من النوفوكاين او السكوروكاين وهذا افضل (نسبة المحلول ١ - ٢ بالمائة) وبما ان ناحية التخدير واقعة في جوف الفم وجب علينا ان نراعي قواعد التطهير مراعاة دقيقة وذلك بطلي الناحية التي سنغرز فيها الابرة بصبغ الايود .

ثم يجعل جذع المريض ورأسه قائم كما في معاينة الاضراس السفلى ويقف الطبيب امامه فيدخل سبابته اليسرى في فمه ويعين بانملتها المثلث خلف الرحي . ويبقى سبابته مكانها مستندة على تاج الرحي الكبيرة الاخيرة

ثم يمسك بيده اليمنى المحقنة ويفرز الابرة والسبابة اليسرى ترشده حذاء القنزعة الانسية للمثلث فيشعر بالحال بلامسة الابرة للعظم فيفرز الابرة حينئذٍ نصف مستمتر والابرة ملامسة لتلك الحافة العظمية ثم يوجه جسم المحقنة نحو الرحي الاولى الموجودة في الجهة المقابلة .

فينتشر السائل المحقون به في منطقة شوك مبيكس ولا تمر بضع دقائق حتى يشعر المريض بمذل (Fourmillement) فبخدر في الشفة السفلى وفي اللسان ايضاً (لان العصب اللساني قريب من العصب السني السفلي) . ومتى مرت عشر دقائق كانت المنطقة التي يقصبها العصب السني السفلي جميعها خالية من الحس . ويستمر التخدير ساعة وهذا الوقت كافٍ لاجراء اكبر العمليات .



العصب السني السفلي

ومتى كانت العملية الجراحية صغيرة واقعة على غشاء الشفة السفلى

المخاطي او على جلدها او على جلد الذقن (كما في استئصال الاورام وفي عمليات التصنيع) كان تخدير العصب في تلك النقطة غير مستحب واكتفي بالحقن بالمحلول المخدر حذاء الشعب النهائية للعصب السني عند خروجها من الثقبه الذقنية واما تعيين هذه الثقبه فيتم على الصورة الآتية :

١- النقطة الاولى تعين على بعد ٢٥ - ٣٠ ملمترًا من خط الوصل

الذقني المتوسط .

٢- يعين منتصف خط عمودي مارًا بالضاغكة الثانية وواصل

الحافة العليا للعظم بالحافة السفلى .

واننا نفضل اجراء الحقنة بطريق الدهليز ونستعمل الآلات التي

ذكرناها آنفاً . نقرز الابرة عموداً في النقطة المعينة حتى تلامس السمحاق

و يحتمن بالمحلول في تلك المنطقة التي يتفرع بها العصب فلا تمر خمس الى عشر

دقائق حتى يزول كل حس بالألم .



اللجنة الفاحصة الفرنسية

في المعهد الطبي العربي

بدمشق

أمّنت اللجنة الفاحصة الفرنسية التي عينتها الحكومة المستدبة هذه السنة جرياً على العادة المتبعة ، المعهد الطبي العربي بدمشق لإمتحان خريجه في الشعب الثلاث الطب والصيدلة وجراحة الاسنان وذلك يوم الاثنين الواقع فيه ٢٧ حزيران ١٩٢٧ فتأبرت على اجراء الامتحانات ثلاثة ايام متوالية واعلنت في اليوم الثالث النتيجة فاذا هي نخر للمعهد الطبي والقائمين به .

اجتمعت اللجنة في بهو المعهد الطبي يوم الاربعاء الساعة الخامسة مساءً لإعلان تلك النتيجة وقد حضر الاجتماع معادة عميد الجامعة السورية ورئيس معهدها الطبي الامتاذ رضا سعيد بك واساتذة المعهد وناثلو الشهادات والطلبة الآخرون ولم يستقر بهم المقام حتى نهض رئيس اللجنة الفرنسية الجراح الماجور الموسيو ميشل فألقى الخطاب الذي ننشر هنا ترجمته :

سيدي العميد سادتي :

انني جذل كل الجذل بأن أبدي لحضرتكم بعد الفراغ من اجراء الامتحان الاجمالي (الكولو كيوم) وقبل اعلان نتائج هذا الامتحان ما خالج

نفسى من العواطف .

ان هذا الامتحان الاجمالى الذي يشمل جميع شعب العلوم الطبية صعب كل الصعوبة لانه يترتب على الطلبة الذين يجوزونه ان يستحضروا في ادمعتهم كل ما تعلموه خلال السنوات الخمس الدراسية غير انه مفيد ايضاً لأنه يبرهن لنا على ما يقتضيه وضع التشخيص في اثناء الممارسة الطبية من اجهاد الفكر والتفكير المستمر توصلاً الى وضع تشخيص سديد فالاسئلة التي القيناها وان تكن كثيرة التنوع كانت تربي دائماً الى هذه الغاية وهي وجود نقطة مفيدة في الممارسة يترتب على الطالب ان يستنتجها ويستخلصها من السؤال ان السريريات ونعني بها المثابرة على المستشفيات ومشاهدة المرضى يجب ان تكون الوسطة الاساسية لتشقيف الطبيب لأن الوسائط الاخرى ليست الا في الدرجة الثانية من الهمية . لست انكر ان التحريات المخبرية مفيدة غير انه يترتب على الطبيب ان يعلم كيف يستغني عنها اذا كان منزوياً بعيداً عنها . لأن العارق العلمية لا يجب ان تغلب على السريريات ولا يجوز ان تستخدم الا بعد ان يكون الطبيب قد انهى معاينته السريرية . فأبى للعرض ان يتقدم على الجوهر او للشجرة ان تستر الحرج . هذه هي القاعدة وهذه هي التقاليد الفرنسية التي نقلها الينا اسلافنا العظام كلابناك وغليسون وبروسو ودبولافوا وان الاجانب يقرون هذه القاعدة ويسرون عليها . ولهذا نرى ان اساتذنا اعلاماً نظير ما كنزي في انكاثرة وكتشذغ في امبركا وسوابروك في المانيا يقيمون القيامة ليجعلوا العلوم المخبرية في بلدانهم اداة مساعدة للسريريات لا واسطة اساسية للشفاء .

ويجب ان نكرم السريريات وتحترم في معهد دمشق الطبي اكثر من كل معهد لأن هذا المعهد يخرج اطباء يارسون فيهم في بلاد موزونة بعيدة عن المخابر . وانا قد ثقتنا هذا الامر من الامتحانات التي اجريناها في السنين الماضية والحاضرة وثبت لنا انه على الرغم من المخابر الجديدة التي نشأ^ا والتي لا انكر فالدتها الجزيلة كان هم الاساتذة في هذا المعهد جعل السريريات في الدرجة الاولى من الأهمية .

ان الطلبة قد برهنوا في فرع الطب على معارف غزيرة من الوجهتين النظرية والعملية وقد ابدى لنا احدنا الذي قام بامتحان الصيدلة ان طلبة هذا الفرع قد اجادوا كل الاجادة وبرهنوا على براعتهم في التطبيقات العملية وان بعضهم قد توسعوا في الأجوبة التي تسلموا عنها ميين الروابط الوثيقة التي تربط العلوم الصيدلانية بعضها ببعض وتربطها بالتطبيقات العملية ايضاً . وكذلك الفحص في جراحة الأسنان كان مرضياً .

وصفوة القول ان هذه الامتحانات برهان على معارف التلامذة الذين اصبحوا اليوم زملائنا والذين نرجو لم ننجحاً باهراً في فجر هذا المسلك الذي سيسلكونه . وهي نخر لحضرة رئيس المعهد وعميد الجامعة السورية الذي يسيطر بحكمة نادرة على مقدرات معهد الطب والصيدلة في دمشق ولحضرة الاساتذة الذين بتعاليمهم السديدة المنطبقة كل الانطباق على القواعد الحديثة وبهمشهم التي لا تعرف التكامل قد اوجدوا للبلاد العربية اللسان مارسين مجربين يستحقون ان يضع الجميع ثقته فيهم . وانا نتمنى في الختام لمعهد دمشق السعادة والنجاح للذين يستحقها .

وبعد ان انتهى رئيس اللجنة خطابه دوت القاعة بالتصفيق الحاد
ثم قرأ اسماء الاطباء والصيدالة وجراحي الأسنان الذين جازوا جميعهم
الامتحانات بنجاح ولم يفشل منهم احد وهذه هي :
الاطباء : السادة شفيق ابيو ، محمد خالد الخاشقجي ، ناظم نكد ،
احمد حمدي محمود .

الصيدالة : السادة احسان التكريتي ، خليل الساطي ، تيسير القنواقي
سميح سلطان ، بشير شوري ، سامي نقر الدين ، عبد الرزاق الجزائري ،
الياس عجمي .
اطباء الأسنان : السادة عادل المارديني ، فريد الحلواني ، نسيب
الجندي ، ظافر المولوي .

ونفض على الاثر الطبيب الجديد السيد محمد خالد الخاشقجي وهو اول
طبيب قانوني مسقط رأسه الحجاز فالتقى كلمة لطيفة شكر بها لأعضاء اللجنة
بالتأييد عن زملائه وبالأصالة عن نفسه حسن ظنهم بهم ولأسانذته
ما تعهدوهم به من العناية والتعليم وقد نقل كلامه الى الفرنسية الاستاذ
شوكة موفق الشعلي وتلاه الصيدلي الجديد السيد تيسير القنواقي فلفظ
اولاً كلمة باللغة الفرنسية شكر بها اعضاء اللجنة الفاحصة مينساً ما كان
يلاحظه من سرورهم حينما كان يسدد التلميذ اجوبته الامر الدال على
مشاركة الفاحص للتلميذ في عواطفه . وهي صفة سامية لا يتصف بها
الكثيرون من الفحاص ثم ألقى قصيدة عربية ودع بها المعهد الذي نشأ
فيه وداعاً مؤثراً للغاية فكانت قصيدته مسك الختام . « م . خ »

صناعة السكر

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

عملية الفرز Turbinage . - تفصل بلورات السكر من المياه الأصلية بالتجريد (Essorage) ^(١) فقط اذا اريد الحصول على سكر اسمز ، أو بالتجريد مع الترويق (Clairçage) ^(٢) اذا اريد الحصول على سكر ابيض .

والآلة المستعملة لهذا الغرض تسمى الفارزة وهي تتركب من طست فولاذي عليه فنترة فولاذية يمر في وسطها (في داخل قناة من الشبه Bronze) محور حديدي يحمل سلة حديدية مثقبة مطلية داخلاً بطبقة من الأصفر (Laiton) المرصوص ^(٣) .

اما الفرز فيجري كما يلي : تنصب الكتلة السائلة الحارة ، في الفارزة وهي في حالة الدوران ، انصباباً منظماً فتسيل المياه الراشحة الخضراء قليلاً قليلاً من الميزاب الموضوع في القسم الاسفل منها وتجري في مجرى خاص

(١) Essorage هو فصل السكر عن الملاصق بالآلة المسماة بمجرّدة Essoreuse .

(٢) Clairçage هو صب شراب السكر الابيض على السكر المتبلور لترويقه

• Claircer

(٣) الشبه هو خليط من النحاس والتوتياء والقصدير بمقادير تختلف حسب مواضع استعمالها . اما الأصفر او النحاس الاصفر فهو خليط من النحاس والتوتياء وقليل جداً من القصدير والراسخ او الحديد .

ينتهي الى صهر بيج صغير ذي مضخة فترفعه الى قرب خلقين الطبخ ليطحخ ثانية . وحينما يغيب اللون الاخضر وتصبح الكتلة اشد بياضاً واكثر جفافاً توقف العملية اذا اريد الحصول على سكر مسمر (Roux) والا يشار على العملية ويدخل الى الفارزة شيء من بخار غير مضغوط ليبيض البلورات بتجريدها عن مياهها الاصلية ثم يقطع البخار وتروق الكتلة قرب ختام العملية بماء بارد جداً اذيب فيه قليل من المياه الراشحة الفنية . وقد يوضع لها احياناً قليل من النيلج (Outremer) لتعديل لون السكر المصفر . ويشار على تدوير الفارزة حتى يحف السكر تماماً فتوقف ويؤخذ ويوضع في الاكياس .

فصل المياه الراشحة . - المياه الراشحة في اثناء الترويق هي انقى من الراشحة في بدء العملية لاذابتها شيئاً قليلاً من السكر (وتسمى بالمياه الراشحة الفنية لذلك تسال في قناة اخرى بتبديل جهة الجريان بالة تدعى الفاصلة المقدرة وهي مؤلفة من مأخذ (أ) مسدود من قسمه الاعلى نصب فيه المياه الراشحة الفقيرة من السكر ، من فتحة الفارزة بواسطة الانبوب (س) ويخرج الهواء من انبوب (د) وحينما تبلغ سوية المائع نهايته السفلى ينسد منفذ الهواء ويقف جريان المياه الفقيرة في المأخذ فيمتلئ انبوب (س) حتى اعلاه وحينئذ ترم المياه الفنية من فوق هذا الانبوب المملوء (س) وتجري في انبوب (هـ) وتنصب في مزارب المياه الفنية (ف) . ولما كان انبوب (د) مجهزاً بسلم مدرج بحسب الأتار كان من السهل تنظيمه بحيث يمكن تقدير كمية المياه الفقيرة التي يقضي جمعها

في مأخذ (أ) وانبوب (س) .

وحينما تنتهي العملية تُوقف الفارزة و يفتح صمام المأخذ (ع) بواسطة رافعة موضوعة لهذا الغرض (لا يمكنها ان تفتح الصمام الا حين وقوف الآلة تماماً) فتجري المياه الفقيرة الى مزراب (ح) .

حصول السكر الابيض . — تستعمل المياه الراشحة على عدة صور بحسب الناتج المراد سوقه الى المتجر فاذا اريد الحصول على سكر ابيض يروق الشراب الاخضر وهو في داخل الفارزة ، بالمياه الراشحة الفنية المستحصلة من عملية نسالفة ، قبل ان يعرض للترويق البخاري الاخير وتصل المياه الراشحة من الترويق الاخير لتجعل واسطة للترويق الاول في الفارزة الثانية وما يرشح من الثانية يطبخ او يشبع بحامض الفحم لتطهيره كيميويًا وميكانيكيًا .

وقد يروق بواسطة الشراب الصرف المكثف للدرجة المطلوبة في خلقين الطبخ وتكل عملية التبييض بقليل من البخار . والمياه الراشحة في تلك الاثناء تطبخ مرة ثانية .

فالسكر المفرز (Turbiné) يؤخذ بواسطة آلات رافعة الى المذخر حيث يخلط وينخل ويملا في اكياس إما باليد أو بالآلات . ثم يساق الى المعمل الخاص بالتنقية (Raffinage) أو الى المتجر رأساً أو الى بعض المعامل الصناعية ليستعمل في تحلية البسكويت، وصنع المرببات .

الحاصلات التالية . — اما المياه الفقيرة (الراشحة من الفارزات)

فإنها تطبخ حتى تكوّن خيط مستقيم ثم تصب في اوان كبيرة موضوعة في امكنة حارة حيث تبلور . والكتلة المتبلورة يعاد فرزها الى درجة السكر المسمر والمياه الراشحة ثانية تطبخ مرة ثالثة اذا كانت لا تزال غنية من السكر وأمكن تبليره ثم نفرز حتى درجة السكر المسمر ايضاً فتسيل منها مياه اخيرة لا يمكن تبليرها ابداً تسمى (ملاس (*Mélasse*) فتساق الى المنجر كما هي لتستعمل في الامور الصناعية والزراعية .

أو قد نكتشف المياه الراشحة في الدفتين الاولى والثانية حتى ٩١ - ٩٢ درجة بر يكس (*Brix*) ثم تبرّد سريعاً جداً الى ٢٠ درجة مستغراد بواسطة جهاز خاص فتسب بلورات دقيقة بكثرة فتوضع في المرشحة العاصرة ونفصل كتلة البلورات المجهرية المرصوفة عن المياه الراشحة التي تسيل من الصنابير فتجمع على حدة . في المرة الاولى تحول الكتلة الى سكر ابيض وفي الثانية تستحصل كتلة بلورية مرصوفة لها من النقاوة ٨٨ درجة . اما المياه الراشحة التي تبلغ نقاوتها ٧٥ درجة فإنها تطبخ مرة ثالثة وتعالج بالصورة الآتية الذكري فستحصل منها على كتلة بلورية مرصوفة لها ٨٣ - ٨٥ من النقاوة ؛ وعلى ملاس بدرجة ٦٠ من النقاوة . اما اذا طبقت في المرة الاولى عملية الفرز الى درجة السكر المسمر فستحصل مياه راشحة بدرجة ٧٥ فتطبخ مرة واحدة فقط ونفصل بالمرشحة العاصرة لاستحصال الملاس رأساً . والكتل المتبلورة تذاب في الشراب الصرف أو في عصارة الاشباع الثاني بحامض الفهم ليزداد مقدار السكر المتبلور فيها . استحصال السكر من الملاس : ان استحصال السكر من الملاس

يرجع عهده الى زمن بعيد غير أن اول من جرب ترسيب السكر منه بمعالجته بماء الباريت هما العالمان دبرنفو (Dubrunfaut) ولبلاي (Leplay) سنة ١٨٣٠. وفي سنة ١٨٦٣ وضعوا طريقة التحال (Osmose) المؤسسة على نفوذ الملاس من خلال الورق الرقي. وفي سنة ١٨٧٢ وضع شيلر (Scheibler) طريقته المسماة (الاستصفاء) (Elution) المؤسسة على تكوين سكرات الكلس (Sucrate de Chaux) وفصلها بواسطة الكحول الممددة. ثم وضعت طريقنا المبادلة والترسيب المؤسساتان على تكوين سكرات بدون استعمال الكحول. وأحسن الطرق ما يلي :

١- المعالجة بالسرونسيان (Strontiane) : وهي ان يمزج الملاس الحار بمحلول كثيف من مآت السرونسيان المتبلورة ($\text{SRO}^+ 9\text{H}_2\text{O}$) ويغلي المزيج فينفصل السكر بحالة سكرات ثنائي الاساس ($\text{C}^{12}\text{H}^{22}\text{O}^{11} + 2\text{SrO}$) غير الذواب بلامسة كثير من السرونسيان فيرشح من نسيج بماء اونه الخلاء وينسل بمحلول ممدد من السرونسيان الحار جداً ثم يترك ليبرد فيتجزأ الى سكرات وحيدة الاساس الذوابه والى ذرة سرونسيان فترسب فتفصل بالترشيح. واما محلول السكرات فيعالج بحامض الفحم ثم يرشح ويكشف ويطبخ وينقى. وتؤخذ من جهة اخرى فحماة السرونسيان المتكونة وتصفى وتكاس في فرن لقلبها الى اكسيد فيستعمل لعمليات اخرى.

٢- طريقة اسطفان (Steffen) : وهي مبنية على تكوين سكرات الكلس الثلاثي الاساس تحت شروط خاصة وغسله وتحليله بحامض الفحم وتكثيف السائل المستحصل وتبليره. ولذلك يعالج محلول السكر الممدد

بمسحوق الككس الناعم جداً (*) قليلاً قليلاً قيذوب الككس فيه . فاذا اضيفت الى المحلول الحاصل على هذه الصورة كمية جديدة من الككس الناعم ارفعت الحرارة وترسب السكر بحالة سكر الككس الثلاثي الاساس اما في دور الصناعة فيمدد الملاس بالماء حتى 12° - 13° درجة بر يكس وبعالج قليلاً قليلاً بالككس المشوي الناعم والمنخول مع تبريد المزيج الى تحت درجة 15° سنغراد . وكلما اُضيف من الككس ينتظر ثلاث دقائق ليتم ذوبانه ويؤخذ منه نموذج ويرشح نريعاً ويوزن بقياس السائل السكوي لبريكس (Aréomètre - saccharomètre) . فلما يبلغ ثقل النموذج 6° درجات توقف اضافة الككس لأن السكر يكون قد ترسب تماماً . ثم يساق المزيج بواسطة مضخة خاضة الى المرشحة العاصرة لفصل السكراة ويفسل بالماء البارد وتجمع مياه التسل وتستعمل لترطيب ملاس آخر ، وتكشف المياه الاصلية لتستعمل كسماذ .

والسكراة المستحصلة تذاب في عصارة سكرية ثم تعالج بمض الفحم . على ان موثمر بروكسل لم يحز استحصال السكر من الملاس في دور الصناعة لذلك يؤخذ الملاس الى معامل الكحول لتخميره وتقطيره واستحصال الكحول منه او يمزج بأقسام متساوية مع دقيق النخل والتارجيل وحبرب الذرة وحنفل الشعير (الباقي من معامل الجمعة) واب الشوندر (الباقي بعد عملية الانتشار) ويستعمل كمكلف للدواب (يحوي 22% - 23% من السكر

(*) يجب ان يكون الككس المستعمل لهذا الغرض نقياً جداً وان تكون الحرارة لطيفة .

و ٥ - ١٠٪ من المواد نظيرة الآحينية وكية من المواد اللاأزوتية
والمواد المعدنية) .

البحث التاسع

تنقية السكر (Raffinage)

السكر المستحصل على الطرق السالفة الذكر يدعى السكر الخام ولا
يصلح للاستعمال الا بعد تنقيته . لذلك يساق الى فرع التنقية لتنقيته جيداً
وصهره وصبه في قوالب او جعله اقراصاً (Tablettes) .

ويختلف طراز التنقية قليلاً او كثيراً باختلاف نوع السكر الخام
بين ان يكون من السكر الابيض المتبلور او العكر الاسمر او سكر الحاصلات
التالية الملونة ، فالسكر المتبلور يصهر رأساً والسكر الاسمر يعالج اولاً بشيء
من المياه الراشحة الغنية المفترزة (Turbines) والمرقدة (Claircés)
بالماء او البخار ثم يصهر وقد ينقى السكر على طريقة الترقيد بالماء والبخار
مما يشبه عملية تبلير السكر من المياه الراشحة كما مر بيان ذلك مفصلاً .

العصر : يوضع السكر الخام المنقى ، في خلقين مضاعف القمر ذي
عاجته (Malaxeur) ويضاف اليه من الماء حتى يصير شراباً بكثافة
٣٧ - ٣٨ بومه ثم يعالج بتقليل من الغم الحيواني والدم البقرية ويغلي
فحصل رغوة تختلر الآحين تطفو على السطح جارفة معها جميع المواد
المصلبة العالقة في الشراب . ثم يرشح الشراب العكر من قطعة قماش ليصنع
من عكره (والعكر يستعمل كسماد فصفاتي آزوتي في الزراعة) ويرشح
الشراب المصفى الملون قليلاً من مصافي اسطوانية ملأى بقطع من الغم

الحيواني فيزول لونه تماماً ، والشراب الابيض الرائق يطبخ في النهاية طبخاً حليلاً في خلاقين من النحاس والكتلة المطبوخة المحتوية على حبيبات دقيقة منتظمة تصب في قوالب مخروطية الشكل منكوسة الوضع في مساندتها .
وتصفو الصفاء الاخير ، ويسيل الشراب الاخضر من الرأس الحساد فيجمع في ميزاب موضوع تحته ويطبخ مرة ثانية . وتكشط القشرة المتكونة على قاعدة المخروط بسكين ويصب عليها قليل من شراب مستحصل باذابة بقايا عملية التنقية في الماء ، ليحل موضع الشراب الاخضر المتخلل بلورات السكر . والمياه الراشحة من هذه المعالجة تجمع على حدة وتستعمل لتبيض سكر قوالب اخرى ويجذب ما بقي في القوالب من الشراب بامعة (Sucette) وفي الاخير تسوى قاعدة القالب بالآلة خاصة وتصف على منصة وتنزع عن السكر ويستمر السكر بمخروط من الورق ويترك في الهواء مدة ثم يوضع في الثور ويحفظ على حرارة لطيفة .

جبل السكر اقراصاً : تصب الكتلة المطبوخة في قوالب مناسبة توضع في فارة (Turbine) وتبيض بالشراب وتجفف القوالب ومحتوياتها في الثور . ثم تنزع القوالب عن الاقراص التي تملأ في صناديق خشبية وتساق الى التجير .

واذا رطب السكر الابيض بقليل من الشراب وطبخ ثم ضغط بفدة وجعل بشكل صفاً ثم صوصة يدعى السكر الرصوص (Agglomérés) .
السكر الثلجي : يصنع هذا النوع من السكر في بلاد البرنغال

والبرازيل وذلك ان يكتشف الشراب في قدر خاصة تحت ضغط معلوم ثم يصب في عاجنة (Malaxeur) حيث يغدو كتلة بلورية جافة تقرّياً بسبب الحركة الشديدة الطويلة . واذا تكوّنت كتل متلاصقة تهرس ويعاد تدويرها .

معالجة الحاصلات التالية : تجمع الحاصلات التالية كالمياه الراشحة في اثناء فرز السكر الاسمر والمياه الراشحة في اثناء عملية التنقية (تفاوتها ٨٩-٩٣ درجة) وتطبخ طبخاً حبيبياً وحينما تتكون الحبيبات تزداد الحرارة ١٣-١٤ درجة عن نقطة الغليان و يبلغ احتواء الكتلة من الماء ١٦-١٧ ٪ . تقرّياً اذا كانت الحرارة ٧١-٧٢ درجة .

ومن الممكن ايصال درجة نقاوة الشراب الاصلي الى ٧٢-٧٥ درجة بطبخه بضع ساعات (من ٩-١٢ ساعة) والكتلة تكون بدرجة ٨٠ من الحرارة وتزداد درجة غليانها ١٧-١٨ درجة مما يعادل ١٣٦٥ الى ١٤٦٥ ٪ من الماء في الشراب الاصلي الذي يزيد واحداً في المائة ايضاً بتأثير انجزة الماء . تساق هذه الكتلة الى عاجنات مكشوفة وتجن فيها يومين أو ثلاثة فاذا كان مقدار الماء ١٤ ٪ فلا حاجة الى وضع شيء من الماء او الشراب في العاجنة اما اذا كان اقل من ذلك فيجب وضع شيء منها . وبهذه الطريقة يستحصل شراب اصلي نقاوته ٦٨-٧١ درجة بخوي ١٩-٢٠ ٪ من الماء فيساق الى الفارزات ويفرز فيها حتى درجة ٥٠-٦٠ فيحصل سكر من النوع المتوسط كالسكر الاسمر مثلاً .

اما كمية الحاصلات التالية في حالة السكر الخام فتبلغ ٣٣-٣٥ ٪ .

تقرّباً من كتلة مطبوخة تحتوي ٨٪ من الماء الحقيقي .

استحصال القند : القند ويسمى سكر النبات هو عبارة عن بلورات السكر الصافي الكبيرة الحجم المستحصلة بطريقة التبلير البطيء جداً وذلك ان يجعل شراب صرف كثيف ويوضع في مآخذ خاصة مصنوعة من النحاس . وهي بشكل مخروط منكوس مثقبة الجدران ثقوباً دقيقة تمر منها خيوط على شكل شبكة الصياد ثم تسد الثقوب خارجاً بوق صيني وتطلى المآخذ خارجاً بطبقة من من الغضار (Argile) (بيلون) ثم تجفف وبعد ذلك توضع فيها كتلة مطبوخة او شراب بكثافة ٤٠ بومه وتدخل الى ثنور مسخن لدرجة مناسبة حيث تبقى فيها هادئة بعيدة عن كل اهتزاز واختلاف حرارة مدة ٨ - ١٠ ايام لاجل القند الابيض او ١٢ - ١٤ يوماً لاجل القند الاصفر . تخرج المآخذ عند ختامها من الثنور وتكشط طبقة الغضار وتنعكس ليرشح منها الماء في درجة ٥٠ - ٦٠ سفتراد من الحرارة والشراب الراشح يطبخ في فرع التنقية الاعتيادية والبلورات الدقيقة المستحصلة تصهر على الصورة المقدمة آنفاً .

ملاحظة . - ان القند الاصفر يستحصل من شراب سكر القصب

غير النقي مع أطول مدة التبلير بضعة ايام .

« للبحث صلة »



عمل الانفحة الاصطناعية

Presure Artificielle

تؤخذ مجبنة يابسة وبعد ان تنظف وتغسل وترى منها عروقها الشحمية نقرم وننعم مع غلافها ونقع في لتر ماء مضاف اليه ٥٠ غرام ملح الطعام و ٤٠ غرام حامض البوريك مدة خمسة ايام في حرارة تتراوح بين ٢٨ - ٣٠ مئوية وبعد انتهاء هذه المدة تصفى و يبلغ المجموع حتى اللتر في الماء العادي المضاف اليه قليل من ملح الطعام وحامض البوريك .
والنمائية من اضفافة قليل من الملح وحامض البوريك جعل نسبة الاول ٥٠ بالمائة والثاني ٤٠ بالمائة في المحلول .

وبذلك يجبن الفرام الواحد من هذا المحلول ١٠ - ١٥ كيلو غراماً من الحليب

كيفية التجبين : يسخن الحليب لدرجة ٣٠ او ٤٠ مئوية ثم يوتى بفراغ واحد من المجبنة المحضرة ويضاف اليه قليل من الماء ثم يصب على الحليب المسخن ويستمر مدة ساعة من الزمن وبعد انقضاء هذه المدة نرى ان الحليب اصبح جيناً خالصاً .

حماه : الصيدلي

عبد الحميد قنباز

كتاب السريريّات والداواة الطّبية

Traité de Clinique et de Thérapeutique Médicales

لمؤلفيه الحكماء : ثوابو ومرشد خاطر وشوكة الشطحي

اساندة في معهد الطب بدمشق

يعدّ هذا المؤلف اول كتاب من نوعه وضع باللغة العربية لأن كل عربي ممارس يحتاج اليه ويضطر الى الاستشارة في الامور العامّة فيجد فيه الابحاث كأنها صورة حقيقية للمرضى الذين يعالجهم فليس الكتاب والحالة هذه مؤلفاً يبحث في الاغراض الباطنة ولكنه كتاب سريري صرف تعرض فيه المشاهد المرضية التي يصادفها الطبيب الممارس في كل يوم ويعلل فيه التشخيص التفريقي تعليلاً واضحاً مسهباً لان حسن المفالجة يقوم بمعرفة السبب ولا انجح من الداواة اذا وجهت الى السبب نفسه .

وقد البست المفالجة في هذا المؤلف ثوباً جميلاً فبرزت الادوية فيه بوصفات سريرية يسهل على الطبيب الممارس حفظها ووصفها لمرضاه وذكرت فيه غذا المعالجات الدوائية المعالجات الطبيعية والتفاحية والمصلية والعمليات الجراحية حتى كان لا مندوحة عنها .

وقد قامت في وجه المؤلفين عقبات جمة في وضع هذا الكتاب الجامع واصعب عقبة عقبة اللغة العربية التي لا تزال اللغة العلمية فيها في دور نشأتها وإفاحتها بعد نومها الطويل ومجدها القاهر . وقد وجه المؤلفون اهتمامهم الى

هذه النقطة فاحيوا المصطلحات الطبية القديمة التي لا تزال دلائلها صحيحة على الرغم من مرور الاجيال عليها ونحتوا اوضاعاً حديثة للمعاني المستحدثة واضعين المدلول الفرنسي الى جانب الكلمة العربية المنحوتة ليسهل على المطالع فهم هذه الاوضاع وقد نظرت الحكومة الى فائدة هذا المؤلف نظرة اهتمام شديد فشأت وزارة معارف دولة سورية ان تتولى طبعه على نفقتها وقابلها المؤلفون بعاطفة سامية فتركوا للوزارة حقوقهم بهذا التأليف ويخصص ربع هذا الكتاب بترقية التعليم في المدارس الابتدائية فتكون من رواجه فائدة مزدوجة بين الطبقة السامية في العلم وهي الاطباء وبين الاحداث المبتدئين ويقع هذا الكتاب في زهاء الف صفحة وسيزين برسوم عديدة وستطبع منه الف نسخة ليس غير وثمة ايرة عثمانية والاكتاب به مستطاع منذ اليوم وسيُرسل كل جزء مضموناً الى المكتبتين حين صدوره لقاء نفقات البريد.

اما اجزاء الكتاب فتستدز على الترتيب الآتي : امراض الرئتين ، امراض طرق التنفس العليا ، امراض القلب والاوعية ، امراض الدم ، امراض البطن والتعفنات ، امراض الفقد ذات الافراغ الداخلي .
واسنأ نشك في ان البلاد العربية اللسان تقدر هذا العمل حق قدره وتشجع المؤلفين على متابعة عملهم وجهادهم لابرار مؤلفات اخرى مفيدة في فروع الطب كافة وخير مكافأة وافضل تشجيع على ما نرى اكتاب سربع دال على الاقرار بفائدة هذا المؤلف .

الطب الشرعي

المعرب

الدكتور

حكمة المرادي

المؤلف

الدكتور وصفي

استاذ الطب الشرعي في كلية

الطب التركية

السبب في تعريب هذا الكتاب

دون سواء

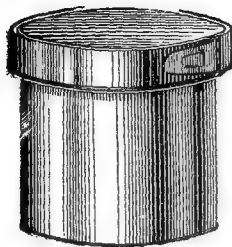
قد يستغرب بعض القراء الكرام عن تهميم ابحاث الطب الشرعي اقدام المعرب على نقل هذا المؤلف الى لغة الضاد بالرغم من وجود مؤلفات غير قليلة في اللغة الافرنسية ولهذا انتشر في بلادنا نعلم خضراتهم اننا طلبنا من الصديق المعرب انتقاء كتاب من كتب الطب الشرعي لكي يعربه و يسد به الفراغ الموجود في المكتبة الطبية والحقوقية . فانكب حضرته عندها على درس اكثر المؤلفات الافرنسية والتركية وتعمق في البحث عن اغزرها مادة فوجد أن مؤلف هذا الكتاب قد استند في تأليفه على « موجز الطب الشرعي » لمؤلفيه (لا كامساني) (و اتيان مارتن) ثم اكمل نواقصه ووسع مباحثه بمشاهداته الخاصة و بما عثر عليه في مؤلفات (برواردل) (وفير) (و بالغازار) وغيرهم من مؤلفي الافرنسيين والالمان والاتراك فجهاء كتابا جامعا يفيض على غيره بابحاث شيقة غزيرة المادة ، مؤيدة بمجوات فنية هامة . وهو يقع في ستة اجزاء تقرب صفحاتها من الالف عدداً .

وقد جعلنا قيمته اثني عشر ربالاً بحيداً بعد تمام طبعه وست ربالاً بحيداً او ما يعادلها لمن يرغب بالاشتراك و يدفع القيمة سلفاً . ولا يخفى أن قيمة الاشتراك تعادل ثمن الاجزاء الثلاثة الاولى . ولهذا سينتقل باب الاشتراك بعد الانتهاء من طبع الجزء الثالث فنحن حضرات المحامين ورجال القانون واطباء الشرع وتلاميذ الطب والحقوق على اقتناء هذا المؤلف النفيس والمسارة بارسال قيمة الاشتراك الزهيدة لكي تقدم لهم ما صدر حتى الآن وما سيصدر بعده من الاجزاء بصورة متوالية منتظمة وعلى الله التوفيق .

داود صديق المارديني

صاحب مكتبة الاعتماد

بدمشق



الالتهاب المعوي الكولوني

ولاسيما في الاطفال

يتحسن سريعاً ويسهل شفاؤه بوضع

الانتي فلوجستين الحار على البطن جميعه

الـ :



ومن خواصه افراخ اوعية المعى والخلب (البريطون) وننبه الضفيرة الشمسية والمرىطائية وايقاف الزحير والتقلص العضلي والالام

افات الجلد

ان كل افات الادمه معا كان سببها : كالحروق ، ووخزات الحشرات والرواحف التي يكثر وقوعها في الصيف تستدعي ان تعالج بسرعة بوضع الانتي فلوجستين . ويجب ان يوضع في الغالب حاراً

ان الحرارة الرطبة اذا طبقت تطبيقاً دائماً في حالة التبغ تعيد الدوران الطبيعي بسرعة الى انتظامه وهي الخطوة الاولى في تامل تجديد كل التهاب . ان الانتي فلوجستين البارد اسهل تحملاً في بدء الحروق .

الرضوض

الوژة ، والجروح ، والتهابات الادة الرضية ، والمعض وسائر التبيغات الناشئة من التمرنات الرياضية تزول سريعاً بوضع الانتي فلوجستين الحار

ترسل المعلومات والمساطر لحضرة الاطباء

المتر الام

The Denver Chemical M. FG. Co

New York city, U. S. A.

EMILE FARHI & Co

P. O. Box 254

Beyrouth (Syrie)



مِسْقَا لِيُور جَالِبِرِي

هو اول مخضر يودي ناب
 دواب. يتصا بحسب رسولة
 ١٨٩٦ انتشر في الدار واليهاب. ا. جالبرن بايس
 يفتل بحسب باس في جالبرن لاجل عن اليهود و يودور
 بنون انو ق ط حيا لاجل عن اليهودية
 وناذته كثيرا للصدا. لاربيج. ليز الصبا. امراض الحنن و. و. و.
 اطلبوا دائما اليهود الوتر جالبرن الحقيق. واحد لور القلبد.

Laboratoire Galbrun
 21 Rue du Petit Musc - PARIS

Contre
 le
 Paludisme
 chronique
 les
 Séquelles
 du
 Paludisme



Contre
 l'Anémie
 la
 Cachexie
 palustre.

L'ANTIDOTE-MALARIA PHILIPPE
 est grace à sa Composition, le médicament le plus énergique
 en usage dans les hopitaux
 Echantillon littérature : Laboratoire du Docteur.
 14 Rue Palais Grillet-Lyon « France »



قطرات ليفونيان

لخبر ثروات باره

مر كبة من القطران الكرايوزوتي و بلسم التولو
تستعمل في جميع آفات الصدر : السعال . التهاب الشعب . السل الخ

باباين ثروات باره

هواقوي الادوية المضمية المعروفة حتى اليوم والانواع المركبة منه هي هذه

١ شراب ثروات باره : جرعته ملعقة كبيرة بعد كل وقعة

اكسير ثروات باره : جرعته قذح صغير بعد كل وقعة

يون ثروات باره : جرعته يرشانتان بعد كل وقعة

وهي ناجمة في امراض المعدة : التي ، الآلام المعدية التهابات المعدة . سوء الهضم

وفي اسهال الاطفال فيعطى لهم من الشراب ملعقة او ماعتنا قهوة بعد كل وقعة

نباع هذه العلاجات في جميع الصيدليات

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق تشرين الاول سنة ١٩٢٧ م الموافق ربيع الثاني سنة ١٣٤٦ هـ

داء باجه سرطان حقيقي

للحكيم مرشد خاطر استاذ الامراض الجراحية وممريراتها

نتكلم عن هذا المرض الذي وصفه السير جامس باجه منذ سنة ١٨٧٤ لاننا شاهدنا حادثه في شهر حزيران سنة ١٩٢٥ دار حولها بين احد زملائنا وبيننا حوار شديد لاعلى التشخيص الذي اتفقنا عليه كل الاتفاق لان المرض كان متصفاً بالاصناف السريرية الواضحة التي لاتدع مجالاً للشك ولكن على المعالجة التي اشرنا بها ولم يوافقنا عليها زميلنا فقد كنا نعتقد كل الاعتقاد أن داء باجه في حليمة الثدي ليس مرضاً سابقاً للسرطان ولكنه سرطان حقيقي بناءً على ما جاء به الالمانيون من الادلة الواضحة اما زميلنا فكان يعتقد استناداً على نظرية داريه ان داء باجه مرض سابق للسرطان قد ينقلب سرطاناً اولاً لينقلب ولهذا فقد اشرنا حينئذ باستئصال الثدي برمته واثار زميلنا بقطع النسم الورمي منه غير ان المريضة اصغت اليها ورضيت باستئصال ثديها واثنا قبل ان نورد مشاهدتها المختصرة يسرنا ان نجد بين علماء الفرنسيين عدداً كبوتيه ولافي وديس قد قبلوا النظرية الالمانية لابل توصلوا الى استنتاج

ما استنتجته المدرسة الألمانية دون ان يكونوا قد اطلعوا على ابحاثها فنفضوا الغبار عن نظرية داريه واثبتوا ببراهين تشريحية مرضية ومريية دامغة حججهم وادخلوا هذا المرض في دائرة السرطانات التي تستدعي استئصال الغدة جميعها .

ان هذه التتبعات التي قام بها بوتيه ولافي وديس كانت تنقصنا حينئذٍ لدعم حجتنا . امّا الآن وقد ثبت هذا فسنورد لمحة عن وصف المرض ثم نأتي على ذكر المشاهدة ونص البيان التشريحي الذي اتخفنا به زميلنا وصديقنا الاستاذ شوكة موفق الشطي بعد ان بعثنا اليه بالثدي الذي استأصلناه .

وصف المرض : قد اتفق اطباء الجلد والجراحون على تسمية داء باجه « مرض الحالة الحليمية السابقة لسرطان الثدي » وهو مرض كثير الوقوع في اميركة وانكثرة قليلة في فرنسية امّا في سورية فقد رأينا منه مدة ممارستنا الطبية اي منذ سبع عشرة سنة ما ينف على خمسين حادثة . وهو يصيب امرأة بعد الاربعين من عمرها وقد يصيب الرجل وان كانت اصابته نادرة كما انه قد يستقر في غير الحليمة

امّا في الثدي فقد يبدأ غالباً بسيلان مصلي ينصب من الحليمة وقد يكون ذلك السيلان مدمماً سابقاً لكل آفة تظهر على الجلد . وان هذه العلامة لمن اهم العلامات التي تثبت خبث الداء .

وقد يبدأ المرض بتقشرات رقيقة او بمظاهر جلدية تشبه الثآليل وبعد ان تمر عليها بضعة اشهر او بضع سنوات (نقول هذا لان المرض طو

السير) تكون سمجة تشغل ساحة الحليمة جميعها وقد تتجاوزها ثم تنقلب قرحة نازة غلية ^(١) الشكل وهذا ما يحمل على الالتباس بنملة الحليمة متى كان الداء في ذلك الدور .

غير ان تحليل تلك الافات تحليلاً دقيقاً يدي لنا ان في المنطقة المتفرحة جزيرات ضاربة الى البياض مغطاة ببشرة وان محيطها واضح كل الوضوح وهذا ما لا ينطبق على النملة واذا جست تلك الافة ظهرت انها مستندة على قاعدة صلبة بعض الصلابة . وعدا ذلك فان غلة الحليمة عرض من اعراض الحبل او الجرب بمعدل ٨٠ في المائة فتمى لم يكن يحمل او جرب ومتى كانت النملة في ثدي واحد ومتى كانت المريضة قد تجاوزت الاربعين وظالت مدة الافة كان تشخيص مرض باجه ثابتاً .

ومتى سارت الافة مبرها العادي ظهرت علامة جديدة نعني بها انقباض الحليمة التي تضحل وتبيض عنها عقيدة صلبة . فاذا جست غدة الثدي في ذلك الحين جساً دقيقاً ظهرت في عمقها نوية صلبة محدودة بعض التحدد وقد تكون واضحة الحدود فكانت بدءاً لسرطان عميق لا يلبث ان ينتشر الى العقد اللمفية في الضبن .

ومتى وصلت الافة الى هذه الدرجة وتم هذا المشهد السريري لم يعد ثمة سبيل الى الشك والتردد في ان الافة سرطانية تستدعي استئصال الغدة السريع غير ان التردد يقع قبل ظهور تلك النوية العميقة في الثدي وهذا

(١) أي مشابهة للنملة بشكلها والمراد بالنملة (الأكروا) وهي من وضع الاسناذ

ما صادفناه في مريضتنا التي منورد مشاهدتها .

التشريح المرضي كان الاستاذ داريه (Darier) اول من درس هذا الداء درساً أنسجياً ووصفه وصفاً ضافياً . تستقر الآفات الأساسية فيه في البشرة والادمة وهي تنجم من ارتشاح الكريات البيضاء . وخلايا المصورة (Plasmazellen) فيها ويصحب الارتشاح اتساع الاوعية والتهاب اعضاها

تبدو على البشرة في هذا الداء علامات هامة تكسبها منظرًا خاصًا .
يضمخ جسم مليني وتكبر براعمه الواقعة بين الحليمات وتبدو فيها خلايا غير طبيعية منتشرة في طبقات البشرة منذ الطبقة المنتشة حتى الحبيبية . وقد ظن داريه حينئذ ان هذه العناصر غير الطبيعية هي جراثيم السرطان وابان ذلك في اطروحة تلميذه ويكهام . ولم يطل عهد ضلال هذا الاستاذ الفاضل المتقضي بل عاد الى البحث مراراً وافرّاً بخطاه واثبت ان هذه العناصر التي ظنها جراثيم السرطان ليست الا خلايا بشرية اضاعت جسورها الموصلة واصيبت باستحالة غير مألوفة في البشرة وقد سمي ذلك عسرة الثقرن (Dyskeratose) وقد ادخل تحت هذا العنوان بعض امراض الجلد وعرف عسرة الثقرن بما يلي :

« هي تحولات بشرية تنفصل فيها بعض خلايا مليني عن جاراتها فتتمو نمواً خاصاً لا يشبه نمو أخواتها ولا تتقرن مثلها بل تظراً عليها تبدلات أشكالية خاصة »

وقد سمي هذه الحادثة التي تصيب بعض خلايا جسم مليني حادثة

الفصل وقال انها تنجم من زوال خيوط وصل الخلايا المليفية .
 تتقرن هذه الخلايا تقرباً غير طبيعي و يتبدل شكلها فتصبح اجساماً
 مدورة . فاذا فحصت فلوس هذه الآفات المتحسنة ^(١) ثبت انها تقاوم
 التفاعلات وان التقرن فيها ناقص ومضطرب وجزئي وقد حذا حذو داريه
 العلماء الفرنسيون وكثير من متخصصي الجلد في البلاد الاخرى واقرؤا ان
 داء باجه قد يتبدل الى سرطان في الثدي وان هذا المرض هو حالة سابقة
 للسرطان قد تتحول الى سرطان او لا تستجيب اليه مطلقاً .

فخص الآفات النسيجية في داء باجه بعد التكبير الطفيف تبدو نسيج حلمة
 الثدي والهالة المحيطة بها مضطربة اضطراباً شديداً وتظهر البشرة مؤتكلة
 لا انتظام في تركيبها ويرى ان البلغميات وخلايا المصورة وبعض كريات
 كثيرة النوى معتدلة قد ارتشحت في العناصر النسيجية

فخص الآفات النسيجية بعد تكبير عظيم ترى في البشرة خلايا غير طبيعية
 مبعثرة ومنتشرة بدون انتظام مستقرة في صفوف خلايا البشرة المتنوعة
 ومعيضة في بعض المناطق عن خلايا الطبقة القاعدية . وهذا ما يحمل منظر
 الجبهة الأدمية البشرية مشوشاً . وتبدو هذه الخلايا في جسيم مليخي
 المخاطي صغيرة متكتلة كتلاً تحوي كل منها ٥-١٠ خلايا

وتتصف هذه الخلايا بصفات تميزها عن غيرها من الخلايا وهذه الصفات
 هي خلوها من جسور الوصل ووضوح هيولها واكتساب نواتها منظر أحويصلياً

(١) تحسف بجلده نقش وتخشف جلد الحية أي نقش

وولع النوى بالموناث

نعم خلايا باجه بتكبير اعظم تبدو فيها صفات الكشم الخلويس (Monstruosité) لان مجموعها تكون غير منتظمة وهي اكبر من الخلايا المليغية في كل حال وهى ولاها محبة بجات دقيقة جدا ويبدو وسط الخلية متجانسا بيد ان محيطها مولع بالحامض او الاساس ذو منظر اسفنجي . واما النوى فتبدو حويصلية وترى فيها نويتان او ثلاث نويات . ويتجمع الكروماتين في نوى هذه الخلايا كتلا تتوزع توزيعا لا انتظام له البتة وقد تكون النوى في بعض الاحيان ثيرة لا يبدو منها سوى غشائها ونوياتها وقد تظهر مبرعمة ومنقسمة . وترى بعض اشكال الانقسام المعتف الشاذ الكثير الاقطاب . وقد تلف خلايا باجه في اثناء هجرتها خلايا البشرة الطبيعية . فتستولي عليها وترتدي بها وهذا ما دعا الى تسمية هذه الخلايا بالخلايا ذات الرداء . يستبان من ذلك ان خلية باجه شبيهة بخلية الاورام من حيث التوالد والتخضب وقد تختصف خلايا باجه بخلايا البشرة

اما الأجسام المدورة التي ظن باجه انها جسيمات بيضية (Coccidi) فهي في الحقيقة خلايا مجردة ، ومتقرنة ومتكتلة . وليس اضطراب القرن حالة خاصة تظهر في زمرة معلومة من الامراض لابل هي حالة عامة تدل على اذية الخلايا تصادف في السرطانات المليغية كما ابان ذلك داريه نفسه وفي التأليل والقرون الجلدية وفي السل الثلولي كما اثبت ذلك صديقنا الاستاذ الشطي في مقالته عن الكرات المقر^(١)ة وفي امراض اخرى .

وقد ينجم اضطراب الثقرن من اثنان او من ثراث او من سرطان او تخديش
 . . . الخ فهو ليس مختصاً والحالة هذه بزمرة معروفة من الامراض ولا يجب
 ان يعد داء باجه عسرة في الثقرن اذ ليس لعسرة الثقرن وحدة تشريحية
 خاصة وليست خلايا باجه خلايا منفصلة زالت عنها جسور الوصل واضطرب
 فيها الثقرن كما زعم الاستاذ داريه لابل هي خلايا سرطانية خاصة خصية
 استيلائية (بوتريه Bautreier ج . لافي IG . Levy . ديس A . Diss)
 فاذا اقررنا بان خلايا باجه هي خلايا سرطانية وليست خلايا قد
 اضطرب فيها الثقرن وجب علينا ان ننسأل عن منشأ هذه الخلية . وعمما
 اذا كانت تنجم من خبث بطراً على الخلية البشرية السطحية ام هي خلية
 خبيثة آتية من الصمغ ؟

يعتقد الاستاذ ماسون وهو اول القائلين بان خلية باجه سرطانية ان
 هذا الداء ينجم من اصابة خلايا القنوات الاولى الناقلة للبن الواقعة بالقرب من
 الفوهات بالاستحالة السرطانية وقد ثبت ذلك بتحريات كثير من
 الاساتذة . وقد ظهر للافي وديس وبوتريه من المصادر التي استندوا اليها
 ان جميع الحالات التي وصفت تحت اسم داء باجه واستوصل فيها الثدي
 ونخص خصوصاً نسيجاً دقيقاً بدت في وسطه نواة سرطانية على الرغم من ان
 الفحص السريري لم يدعم ذلك ويثبت هذا ما ذكرناه حين البحث عن
 وصف الآفات النسيجية في الثدي المذكور حيث كشفنا فيها نواة سرطانية
 لم يبد لها اثر حين الفحص السريري مطلقاً وكان التشخيص السريري
 داء باجه وليس سرطاناً في الثدي

يبحث عن داء باجه جاكوبوس منذ سنة ١٩٠٤ واثبت أنه سرطان اسطواني في القنوات الناقلة للبن وان خلايا باجه هي خلايا غدية سرطانية وحذا حدو جاكوبوس توروك واونه ومانزنوار وتشلنوف وارهارت وزيلر وفابري وريبر ويعتقد رير ان الثدي يصاب بالاستحالة اولاً ثم تنتقل الآفة الى البشرة بواسطة بشرة الحليمة . وذكر الاستاذ ماسون حادثتين استعمرت فيهما البشرة وبدت فيها اعراض داء باجه بعد ان انتقل اليها المرض من العمق بالاوعية البلغمية . ان جميع ما اتينا على ذكره حتى الآن يثبت ان داء باجه في الثدي هو السرطان نفسه وليس مرضاً سابقاً للسرطان وهو مرض يصيب الغدة في البدء لا البشرة

ولكن يترتب علينا لاثبات هذه القضية ان نعين الحليمة منذ اصابتها اي في دور ظهور النملة عليها وقبل ان تظهر العقيدة الصلبة في الثدي لان معاينة الآفة معاينة نسيجية بعد ان يكون الداء قد تقدم وظهرت فيه الاعراض السريرية الدالة على السرطان لاتصلح ان تكون برهاناً على ما نريد اثباته

وقد جاء بهذا البرهان النسيجي العلماء الفرنسيون بوتريه ولافي وديس وجننا به ايضاً أمّا هم فقد اقتطعوا حليمة تحيط بها هالة من الآفات التي ذكرناها كانت مرتكزة على قاعدة ارتشاح ظاهرة دون ان يكون في الثدي اقل علامة سريرية مثبتة لوجود نوية ورمية او لاقط ضخامة في العقد الابطية فاثبت الفحص النسيجي ان لآفة سرطانية وأمّا نحن فقد جننا بهذه المشاهدة التي نوردتها باختصار مثبتيين قبلهم ما اثبتوه بعد حين

مریضة في الخامسة والأربعين من عمرها جاءت دارمابيننا في ١٠ حزيران ١٩٢٥ تشكو الماء في حلبة ثديها الايمن وقد استنتجنا من استجوابها ان حليتها كانت لزجة مصلية ضاربة الى الصفرة منذ عشرة اشهر ولدى استفسارها ما اذا كان ذلك النز مدماً افادت انها لم تنتبه الى ذلك . ثم انقطع هذا النز بعد ان لازمها شهرين وبدأت على الحليمة تقشرات رقيقة نازة لم تلبث ان انتشرت الى محيط الحليمة ايضاً فعولجت كما بعالج النملة (الاكرما) ذلك لأن منظر الافة كان مشابها لهذا المرض الجلدي فلم تزد الا انتشاراً وايلاًماً وقد امت الى عيادتنا وهي في تلك الحالة وقد وجدنا لدى معاينتها على حلمية الثدي الايمن وما يحيط بها قشوراً رقيقة ضاربة الى الصفرة ناز مادة مصلية قيحية لها رائحة نثنة ولدى جس الحليمة شعرنا بان هذه القشور مرتكزة على قاعدة صغيرة تكاد تكون صلبة ولم نثر على انقباض في الحليمة ولا على نواة ورمية في الغدة ولم تكن العقد البلغمية ضخمة في الضبن ولم نر في الثدي الايمن ولا في اعضاء المريضة كفاية آفة اخرى مشكوكاً فيها قد استعمرت الثدي

فاستناداً على سير المرض وعلى هذه القاعدة الصلبة المرتكزة عليها الآفة الجلدية وعلى ما كنا ولا تزال نعتقد به وهو ان داء باجه سرطان حقيقي وليس مرضاً سابقاً للسرطان او غسرة في الثورن كما ظن دار به اولاً اشرنا على المريضة باستئصال ثديها استئصلاً تاماً ورغبنا اليها قبل الاستئصال ان نقطع الحليمة وما تحتها ونبعث بها الى الفحص النسيجي لتتحقق الامر فترددت بعض التردد وغابت يومين ثم عادت الينا في اليوم الثالث تسألنا عما اذا كنا نرغب في عقد مشورة طبية مع احد الزملاء لبيت في الامر فلم نمانع واجتمعنا باحد الزملاء فكنا متفقين على التشخيص (داء باجه) وعلى ان الآفة ليست غلغلة غير اننا لم نتفق على المعالجة فاننا اشرنا بالاستئصال التام و اشار زميلنا بالاستئصال القسعي مستنداً على نظرية دار به أي غسرة الثورن وكانت النتيجة ان افضى كل منا الى الامرة برأيه مظهراً لما الاتفاق على التشخيص والتباين في المعالجة ويظهر ان المريضة بعد ان رأت هذا الداء انتاض استشارت زملاء اخرين فرجحت كفناً عندها ورضيت باستئصال ثديها فاستوصل في ٢٠ حزيران ١٩٢٥ ولم يطرأ على المريضة في اثناء العملية وما بعدها ما يستحق الذكر فقد اندمل الجرح بالالتئام البدئي وتركبت المريضة فراشها في اليوم الخامس عشر .

وقد بثنا بالقدرة بعد استئصالها الى صديقنا الحكيم شوكة موفق الشطي استاذ
فن النسيج ، النشر ببح المرضي في معهدنا ورجونا منه ان يامين هذا الثدي معاينة دقيقة
و بحثنا ببيانه النسيجي فانانا منه بعد عشرين يوماً البيان التشريحي الآتي :

البيان النسيجي

ترى في باطن الثدي خلايا بشرية هجومها متنوعة هيولاهائبره نواتها
مولعة باللون بعضها منفرد والبعض الآخر مجتمع كتلاً وقد قابل النسيج
الضام هذه الخلايا بتفاعل شديد فتوالدت خلاياه وكثرت اليافه ساعية الى
خنى هذه العناصر المرضية الاجنبية . وهذا مادعا الى اضطراب التوازن
البشري الضام فأتسعت ارتاج الغدد وامتلات بالمفرزات واخذ النسيج
الضام يحيط بها من كل جانب ويخنقها منعاً لانتشارها .

وأفة هذا الثدي هي ورم غدي ليفي كيسبي خبيث تبعثرت خلاياه في
البشرة بعد ان التهمت الغشاء القاعدي فالآفة اذن هي سرطان خفي واقول
خفي لان الاعراض السريرية لم تبد فيه كما ان فحص الثدي بالعين المجردة لم
يوقفنا له على اثره ظاهر وهذه النقطة مهمة لانها تؤيد نظرية ريبيرت
القائلة بان داء باجه سرطان مستقر تحت البشرة

دمشق / ١٠ تموز ١٩٥٥ استاذ فن النسيج والتشريح المرضي

شوكة موفق الشطي

هذا ما رغبتنا في نشره ايضا حال القضية تشغل الرأي الطبي اليوم وتبديداً
لما تركته نظرية داربه القديمة في الازهان

التخدير القطني في القباله

ولادة المفلوجات ، اعصاب الرحم

للحكيم شوكة موفق الشطي احد اساتذة المعهد الطبي بدمشق

كتب لانتوه جول سنة ١٩٢٤ في مجلة القباله وامراض النساء مقالاً
ضافياً بحث فيه عن فوائد التخدير القطني واثبت مدعاء بـ ٥٢ حادثة وقد
لخص فوائد هذه الطريقة فيما يلي :

بطلان الحس التام ، استمرار الطلقات واشتدادها ، جودة تقلص
الرحم وانقباضها ، لين المهبل والعجان . وبحث برندون عن ذلك في محاضراته
التي القاها في سريريات تاريخه فقال :

يستخلص من ابحاث لانتوه جول ونقصه البعيد ان الجلي الماخضة
المنبجعة بطريقة التخدير القطني تلد كما تلد الانثى المصابة بفالج سفلي

وقد قبض لنا ان نشاهد انثى مفلوجة ولدت ولادة طبيعية فرغبنا في
اثبات مشاهدتها تعميماً للفائدة بالنظر الى ندرة هذه الاحوال واشتغال العالم
الطبي اليوم في انتقاء احسن المخدرات في الولادة .

انثى لها من العمر احدى وثلاثون سنة دخلت مستشفىنا العام في ١ آذار ١٩٢٧
تشكو فالجاً سفلياً واضطراباً في عاصرة المثانة وكانت ترغب رضيعاً جميلاً من العمر
٢٦ يوماً ، وليس في سوابق المريضة قبل زواجها ما هو جدير بالذكر ، طمئنا منظم
تأملت في الثالثة عشرة من عمرها فمرت على زواجها اربع سنوات دون ان تحمل ثم
حملت مرات وانامت مرة ولما اليوم اربعة اولاد اسماء البنية احدهم الرضيع الحالي

وهو ثمرة حملها السابع .

شعرت في الشهر الثالث من حملها الاخير بمذل (١) في رجلها آخذ بالامتداد حتى انه استولى على طرفيها السفليين ونواحي البطن السفلى . وكانت تشرب بالأم منقطة نصيبها في ذراعتها وقد بدأ المرض يشد شيئاً فشيئاً حتى أصبحت ساقاها في الشهر الرابع ضعيفتين لا تمكثانها من المشي او الوقوف ثم بطلت حركتها وفلجتها وقد اعترتها في الشهر السابع من الحمل اضطرابات في عاصرة المثانة وولدت في الشهر التاسع اي في ٢ شباط ١٩٢٧ ولادة طبيعية .
فحص المريضة :

تبدو حين فحصها بالنظر والتأمل حذبة مرتفعة واقعة حذاء الفقرات الظهرية الثانية والثالثة والرابعة وقد انخلع العمود الفقري الواقع تحت الحذبة وتزلق الى الامام كما هي العادة في داء بوط .

يستنتج مما ذكرناه ان المريضة مصابة بفالج تشنجي في الطرفين السفليين والمعاصرة وباضطراب في الحسية يصعد حتى الضلوع الكاذبة وبازدياد الافعال المنعكسة وارتجاج نظير الصرعة (Trepidation epileptoïde) وعلامة بابنسكي وغيرها من علامات الفالج التشنجي ايجابية

وتسمع في ذرودة رثيبتها حين الفحص بالاستماع خراخر واحتجاب في النفس على الرغم من سمن المريضة وحالتها العامة حسنة

وكانت ترغب ولدها ارضائاً منظماً فكانت صحته جيدة ووزنه ثلاثة كيلوات وسببائه غرام ولا بد من التساؤل هنا كيف تمت ولادتها . وافادت المريضة انها لم تشعر بألم الولادة ولم يستمر المخاض اكثر من اربع ساعات بيد ان مدته كانت تختلف بين الولادات السابقة من ١٢ - ١٣ ساعة وقد كانت مدة اجتياز الجنين للمهبل وخروجه منه ٢٠ دقيقة واضطرت القابلة الى التوسط لاجراجه اما الخلاص فقد كان خروجه سريعاً

يستنتج من ذلك ان هذه المفالوجة ولدت من تلقاء نفسها ولادة طبيعية وسهلة على الرغم

من الفالج الذي اصابها منذ الشهر الثالث من الحمل وان الولادة قد تمت في مدة وجيزة (٤ ساعات بدلا من ١٣ ساعة) وان اندفاع الجنين من المعجان وخروجه من الفرج اقتصى زمنا اطول من الولادات السابقة

لنرا الآن كيف تلد الرحم من تلقاء نفسها رغم الفالج السفلي :
ثبت ان الرحم يُعَصَّبُ بالعصب الودي والاعصاب القلبية . وقد وجدت ضفيرة عصبية في وجوه الرحم والمهبل الجانبية وعقدة عصبية في جانبي عنق الرحم (والتر ، فرانكهويزر ، وولي) ويعتقد شيمبوتوان هذه العقدة مستقرة في وسط العنق تبعد عن حافته السفلى زهاء اربعة سنتيمترات وامادنيكرو يسمك فينكران وجود عقدة في العنق بل يقولان بانه يوجد في

...

جانبي العنق ضفيرة متراصة فيها خلايا عقدية عصبية منتشرة ويظهر من تتبعات شرباكو في رحم المرأة كيف في رحم المرأة ان عقداً ودية توجد في اعضاء هذا العضو وقد تمكن هذا المؤلف الاخير من درش هذه القضية درسا دقيقا فكشف في الرباط العريض عقداً ودية تصل اليها الطرق العصبية الواردة من العقد الختلية والماسا ريقية العلوية وتنشأ منها جذور عصبية صادرة . تسير هذه الالياف في جدران المهبل والرحم وتلتقي في اثناء سيرها بعقد مركبة من كتل خلايا عصبية وحيدة القطب او ثنائيتها او كثيرة الأقطاب وتستقر اكبر هذه العقد في طبقة الرحم الظاهرة وفي اعضاءها الجانبية . ان كشف عقد ودية في الرحم كما في المثانة والامعاء يثبت ان هذا العضو مستقل عن النخاع والمخ لان العقد

الودية المذكورة تعد مراكز للأفعال المنعكسة . وهذا ما يدل على ان تلف النخاع الشوكي والتهابات لا تؤثر في نشاط الرحم وان النساء المصابات بآفات النخاع يلدن ولادة طبيعية كما اثبتنا ذلك في مشاهدتنا

انتبه دولريس (Dolérís) الى ذلك منذ عهد بعيد وكتب تلميذه مالارتيك (Malartic) سنة ١٩٠١ اطروحة اظهر فيها ان نشاط الرحم مستقل عن الجملة العصبية الفقرية فقال لا تشعر المرأة المبطل حسها بطريق النخاع الشوكي بالطلق وتلد كما تلد المغلوجة او انثى الحيوانات المقطوعة النخاع . يبطل هذا المخدر الم الولادة دون ان يخفف الطلق لابل يشده وقد تكرر البحث عن هذه القضية في المؤتمر الطبي المنعقد في جنوه سنة ١٩٢٣ فدافع برندو عن التخدير القطني في الولادة دفاعاً مجيداً

...

ولابد لنا من البحث ولو قليلاً عن اعصاب الرحم لتتمكن من فهم آلة الولادة رغم الفالج او التخدير

يجب ان تميز من وجهة الولادة والتخدير ناحيتان مختلفتان اولاهما الرحم وعنقها والمهبل والثانة وثانيتها جدار البطن والمجان .

ففي المواضيع الاولى الياف عضلية ملساء وفي الثانية الياف عضلية منقطعة . وثاني اعصاب الرحم من الصغيرة الخلية التي يصل اليها العصب الودي وبعض خيوط من العصب الرئوي المعدي ومن الياف الأعصاب العجزية الثانية والثالثة والرابعة . وتكون الصفائر الخلية لوحتين وراء الاوعية الخلية وفي ايمنها وايسرها . وتنقسم هذه الصغيرة الى لوحات متعددة اهمها

لوحه عصبية صغيرة مستقرة في نهاية المهبل العلوية هذا رتجه الجاني واسم هذه العقدة الصغيرة عقدة فرانكنهوزر

تصل الاعصاب العجزية والخيوط الودية الى الرحم بعد ان تسير في الرباطين العريضين ويوجد عدا ذلك اعضاء عصبية مهمة نوّه بها ودرسها كيفر وابان ان في الرحم سلسلة مراكز عصبية مؤلفة من عقد . فتعدّ الرحم بأعصابها والحالة هذه كالعضلة القلبية ففي كليهما اعصاب وقد اظهر كيفر ان التنبيه الذي يقع في أي نقطة من نقاط الجملة العصبية قد يسبب نقلاً راحياً . تنقلص الرحم حينما ينبه الدماغ او النخاع القطني او العصب الودي و بدلنا ذلك على ان العضلة الرحمية حساسة جداً تجاه المنبهات الخارجية تنشأ حسية الرحم من الشعب العجزية الثانية والثالثة والرابعة وبعصب العصب الودي العضلة الرحمية ذاتها

...

وقد ذات الحوادث على ان الرحم تنقلص متى قطع النخاع وقد ذكر براشه وروث وهو فكريز مشاهدات عن نساء مصابات بداء بوط كريفنتا او بآفات اثلثت النخاع فحملن وولدن ولادة سهلة وكان طلقهن جيداً وشديداً . وقد اثبت كهر سنة ١٨٦٧ ان الحيوانات الحاملة تلد متى قطع نخاعها وان الرحم المفصولة الموضوعة في ماء حار تنقلص من تلقاء نفسها كما ينقلص قلب الحيوان المنفصل عن جسده لأن الخلايا العصبية الموجودة فيها تكفي لتنبيهها وابان لنغلالي وكيفر ووايتهاوس وغيرهم ان العصب الودي هو عصب الرحم المحرك وقد اثبت وايتهاوس ذلك بتجربة تلخص

ما سر دناء حتى الآن . اخذ هذا المجرّب الخلقى اربعة حاملة منذ زها
اسبوعين وفتح بطنها فلاحظ ان لمس الامعاء يسبب تقلص الرحم بيد ان
لمس الرحم ذاتها يسبب تقلص الرحم ببطء وصعوبة وان البزل القطني يعوق
حركة الرحم . ثم حقن النخاع الشوكي بمقدار من محلول الكوكائين فرأى
ان الرحم اخذت تقلص بشدة . قطع النخاع في المنطقة القطنية العليا
ففي المنطقة الظهرية فشاهد ان الرحم لا تزال مثابة على التقلص . وضع
في طرفي الرحم فوق الرباطين العريضين مناقش ليبتل تأثير الاعصاب
فشاهد ان الرحم قد ارتخت قليلاً غير ان تقلصها بقي موجوداً رغم ضعفه .
استأصل قرني الرحم ووضعها في مصل تعادل حرارته الدرجة ٣٧ - ٣٨
مئوية فشاهد ان الرحم آخذة بالتقلص . واستخلص من ذلك ان الرحم
الحاملة تقلص مستقلة عن النخاع وان التقلص يشتد متى قطع النخاع أو وقفها
الالتهاب عن العمل أو متى خدرت بالطريق القطني . فبدل هذا على ان الرحم
تستمتع بتقلص مستقل . وقد ذكر برندو حادثة ادهشت رئيس مخبره
استأصل الاستاذ المذكور رحمًا حاملة في انثى مسلوله لم يتجاوز عمر حملها
٥ ، ٣ - ٤ اشهر ووضع الرحم في اناء واخذ بانجاز العملية ثم التفت الى
الاناء فرأى الرحم تقلص وقد اعترتها طائقات منتظمة فقذفت الجنين وملحقاته
ولكن ماذا يصيب عنق الرحم في التخدير القطني ياترى ؟ يعتقد كيفران
العنق عاصرة حقيقية يرأسها النخاع الشوكي وقد اثبت ذلك بتجربة لطيفة
اذ اخذ رحم اربعة وادخل في قسمها العلوي ماء بانبوب ثم قطع النخاع في
هذا الفقرة القطنية الرابعة فشاهد ان العنق قد انفتح وان الماء بدأ يسيل

فاستدل من ذلك على ان قطع النخاع او تخديره . يـ بـ بـ فلج العنق .
 يـ بـ بان مما اسلفناه ان العصب الودي هو عصب الرحم المحرك وان
 النخاع يعمل عملاً عصبياً فاهياً فاذا قطع النخاع او تلف او أصيب بالنهاب
 او ضغط او بنج بطريقه التخدير القطني بطل تأثير الاعصاب الناهية واثمرت
 الرحم بالعصب المحرك وحده وهذا ما يحمل تقلصها شديداً

مداواة التآليل بالاقناع

اثبت لوس كرومباخ ان شفاء التآليل بالاقناع المباشر او المعتنف ممكن وقد جرب
 كرومباخ الطريقة المعتنفة فحقن الذراع المصابة بالتآليل بسنتيمتر مكعب من المصل
 الخلقي (الفسيولوجي) واخبر المرضى ان آلاماً شديدة ستظهر في مقر التآليل ولا تلبث
 ان تزول وتزول معها هذه الاورام وقد نجح كرومباخ في ١٦ مريضاً من ١٨ فكان
 مرضاه يشفون بعد مدة تراوح بين ٤ - ٦ اسابيع او بعد بضعة اشهر
 ولا ستاذنا الفاضل مرشد بك خاطر في هذا الصدد . شاهدات عديدة تم بها
 الشفاء بعد عشرة ايام ومنها حادثة ابنته الصغيرة التي مسح تآليل بادية على جبينها بماه
 الكولونيا وجدد هذا المسح مرتين ليس غير مقنعاً صغيرته بان ترقب ضمور التآليل كل
 يوم بالمرآة فلم يأت اليوم العاشر حتى جاءت ترقص من الفرح مبشرة اياه بوزوال
 التآليل .

ش . م . ش



لمحة انتقادية عن الضنك « Dengue »

.....

في ماهو ضنك بحر الروم

للحكيم ترابو استاذ السريريّات الباطنة الابتدائية في المعهد الطبي بدمشق
وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

اذا القينا نظرة على الابحاث التي ادرجت في مؤلفات الامراض
الاجنبية عن حمى الضنك الحقيقية وحميات الضنك الكاذبة تلك الابحاث
التي ضمها الكثيرون والقوامها بحثا واحداً سموه الحميات الاقليمية وجدناها
مشوشة غامضة . فلا عجب اذا القينا دلونا في الدلاء وعملنا على تبديد هذا
الظلام الخيم بعد ان طالعنا المقالات الضافية التي خطتها ايدي المؤلفين وبجئنا
ببحثاً خاصاً دقيقاً مسترشدين بمشاهداتنا التي جمعناها . ولسنا نتكر ان المكان
الذي وجدنا فيه والمراكر التي ثقلنا فيها سنوات عديدة قد سهلت علينا هذا
العمل فقد كنا على القرب من الشواطئ البحرية وعلى مفرق الطرق
المؤدية الى البر الى تلك الاقطار التي تسودها هذه الحميات الاقليمية .
ان الحميات الاقليمية التي عرفت حتى الآن هي :

١ - حمى البحر الاحمر والبحر الهندي

٢ - حمى ماسواه (Massaouah)

٣ - ضنك الكوشاشين الكاذب

٤ - حمى موافى الهند

٥ - حمى جزر الاتبيل وشاطئي الاتلاتيك

٦ - حمى الضنك

٧ - حمى الايام الثلاثة او حمى واخزة الوريد

ان الحميات الخمسة الاولى تسمى حميات الضنك الكاذبة واما السادسة والسابعة فقد خلط المؤلفون احدهما بالآخرى ولا يزال بعضهم حتى يومنا يسمونها اسماً واحداً «حمى الضنك» واننا سندرس كلا منها درماً مختصراً مظهرين علاماتها السريرية وكيفية عدواها وانتشارها بانها لنستطيع تمييز كل واحدة عن رفيقاتها .

.....

١ - حمى البحر الاحمر وبحر الهند

هي حمى تتصف بدئها الفجائي وبلوغ الحرارة فيها الدرجة ٤١ وباستمرارها كذلك طيلة الاسبوع الاول وبانخفاض هذه الحرارة الى ٣٩.٥ طيلة الاسبوع الثاني . ومن علاماتها الصداع وآلام الجبهة الشديدة . وهي تصيب بحارة السفن التي تلتقي مراسيها قريباً من الشواطئ حيث تكثر المستنقعات . وبلغ من خطر هذه الحمى انها انتهك المصاب بها بعد بدئها يوضع ساعات ولهذا سميت ايضاً حمى البحر الاحمر وبحر الهند المتأججة .

.....

٢ - حمى ماسواه البلدية

وصفها اطباء الجيش الايطالي واطباء بحر ينهم كرو وباسكال

وباتاليا . تبتيدي^(١) يحمى تبلغ ٣٨ - ٤٠ وتستمر ٥ - ٧ ايام وتنتصف
ببردة^(٢) وصداع وآلام رئوية وضخامة الطحال .

.....

٣ - ضحك الكوشاشين الكاذب

تحقق وجوده اطباء البحرية الفرنسيون في بحارة المدرعات الحربية
الراسية في خليجان انام وطونكن قرب الاراضي المنخفضة وفي فصل الشتاء
حيث يكثر البعوض .

وهي تبتيدي فجأة يحمى تبلغ الاربعين فتستمر ٣ - ٥ - ٩ ايام ثم تهجم
الحُمى ٤٨ ساعة فتبسط الى ٣٧ - ٣٨ غير ان هبوطها هذا ليس بالقاعدة
المطرودة ويظهر فيها نفاط تصحبه حكة ويعقبه توسف البشرة .

.....

٤ - حمى مواني الهند

هي حمى درسها ووغرس مدتها ٥ - ٧ ايام تبلغ الحرارة فيها ٣٩ - ٤٠
وتنتصف بصداع وخرزة^(٢) واضطرابات هضمية وانخفاض منحنى
الحرارة في اليومين الثالث او الرابع

.....

(١) البردة تقابل (Embarras gastrique) الفرنسية وكان 'مهر عنها تترك
بالتلبك المعدي على ان البردة اخضر والطف وتفيد المعنى وقد جاءت في الحديث
الشريف « اصل كل داء البردة » ولذا استصوبنا استعمالها بهذا المعنى

(٢) الخرزة ترجمة (Rachialgio)

٥ — حتى الانبيل وشاطئ الانلانتك

نُصف بحمي فجائية تبلغ الاربعين وتستمر عالية ٤-٥ ايام ومجموع مدة هذه الحمى اسبوع واحد يصحبها دوار وخرزة وحمرة وانتباج في الوجه ثم تنخفض الحرارة مدة قصيرة في اليوم الخامس وتعود غير انها لا تبلغ الدرجة السابقة التي كانت فيها وكما ان الالام العضلية والمفصلية تغلب في دور الحمى الاول فان التشوشات المعدية تغلب في دورها الثاني .

.....

٦ — الضنك

عرفه كلاراك بقوله : إنه مرض موضعي موجود في شواطئ البحر الاحمر والبلدان التي لتأخها متصف بفترات طويلة ومتنشر انتشاراً متتابعاً ومكون مراكز فرعية يستقر فيها وينطفي ثم يعود الى البقطة متى دخل تلك المنطقة مصاب جديد .

وقد وصفه بعد ذلك دبرون في سورية حيث فشا في السنوات ١٨٨٩ و ١٨٩٢ و ١٩٠٩ و ١٩١٤ منتشرأ انتشار الامراض الوبائية ومتقللاً الى البلدان المجاورة كما تنتقل هذه بطريق البحر والبر ومن قرية الى قرية بالاشخاص المرضى . ونصف الضنك بحمي ترتفع ارتفاعاً فجائياً وتستمر من ٥-٨ ايام يصحبها نفاط خاص يظهر على الجبهة والوجنتين وحول العينين لونه ارجواني واندفاعات تالية شبيهة باندفاعات الحصبة يملوها توسف كما في القرمزية .

ثم شاهد الضنك حديثاً سارله وارمن دليل وابرامي في مرضى جيوش

حملات الدردنيل في اثناء الحرب الكبرى .

٧- حمى الباباتاسي (Papatacci)

وصفها الانكليز اولاً في مالطه ثم النمساويون على شواطئ بحر الادرياتيك ثم الايطاليون في كلابرا فالفرنسيون في كورس وسورية وهي تنصف بحمى تستمر ثلاثة ايام وتظهر في الصيف ولا يصحبها نفاط واعراضها العامة اذا استثنينا هذه الصفة الاخيرة تشابه اعراض الضنك العامة نعتي بها الصداع الشديد والالام العضلية والمفصالية الحادة وآلام المقلة والشعور بوهن الجسد كافة واما زمن النع فيطويل على الرغم من ان الاعراض الطبيعية لا تكاد توجد فيها .

.....

هذه هي المشاهد السريرية التي تبدو بها الحيات الاقليمية المتنوعة وصفناها وصفاً مختصراً . وان القارئ يشعر على الرغم من هذا الاختصار ان هذه المجموعة التي ضمها بعض المؤلفين والقوا منها طاقة واحدة تحوي امراضاً متنوعة كل النوع ومختلفة كل الاختلاف .

وعذر المؤلفين القدماء واطباء جيوش المستعمرات والبحرية انهم وجدوا في زمن سابقاً لعصر المخابر في وقت لم تكن فيه لديهم واسطة يستجلون بها الفامض المظلم سوى شعورهم السريري وفي حين سابقٍ لكشف طفيلي لاfran . غير انه يجدر بنا اليوم ، وقد عرفنا معرفة جليلة سبب البرداء واطلعنا على الانواع السريرية الشاذة التي تظهر بها هذه الحمى ، ان نبين بدون ادنى تردد ان اثنتين ان لم يكن اكثر من هذه الحيات الاقليمية الآفة

الذكر سببها البرداء ليس غير

.....

اجل ان حمى البحر الاحمر والبحر الهندي وحمى ماسواه ليستا الا
مظهرين من مظاهر البرداء (الملاريا)

فان الاول لم نصب البحارة الا حينما كانت ترسو البواخر قرباً من
الشواطئ التي تكثر فيها البضائع او بعد نزول اولئك البحارة الى البر (بوده)
فان الحمى الفجائية التي تعترى المريض وتبلغ ٤١ وتستمر عدة ايام شبيهة
بالبرداء التيفية الشكل او المتواصلة التي رأينا منها امثلة عديدة في سوربة
وعدا ذلك فان هذه الحمى التي كانت تصيب النوتية جميعهم كانت تضمحل
بتأناً متى رست الباخرة في عرض البحر

واماً حمى ماسواه فهي كما يقول بارتة مرض كان يصيب الجنود
الابطاليون الذين كانوا يحرقون الارض قبل انخراطهم في الجندية والذين
كانوا يقطنون قرى تعد فيها البرداء بلدية منتشرة لا ينبجو من شرها احدهم
تلك الطبقة العاملة . فان البردة والصداع والالام العصبية وضخامة الطحال
التي نتصف بها هذه الحمى تدل دلالة صريحة على انها ليست سوى برداء
كامنة قد استيقظت للملائمة بعض الشروط الجوية الموضعية لها .

وقد بين امسكانفون انه شاهد هذه الحمى في البحارة الفرنسيين وانه
تحقق ان الاسباب التي كانت تدعو الى ظهور حمى البحر الاحمر هي هي
نفسها في حمى ماسواه وان الحمى كانت تصيب البحارة فقط متى اقتربت
السفينة من الشاطئ وانها لم تكن تظهر حين بقاء السفينة في عرض البحر

الا في الاشخاص الذين كانوا ينزلون الى البر ويمكثون فيه مدة . وانا قد
تحققنا بدورنا ان البرداء التي اثبتتها التحريات المجهرية قد اصابته جنود
الفرقة البحرية حينما رابطت السفن الحربية في مرسى مرسين واسكندرونة
كما كانت تنتشر في ماسواه بين الجنود الايطاليين .

.....

اما ضنك الكوشانشين الكاذب وحى موانئ الهند التي وصفها
روغرس فليست الامرضاً واحداً . لان المشهد السريري في كليهما واحد
عدا بعض الاختلافات الطفيفة . فان كلا منهما تستمر زهاء اسبوع وتصف
بصداع وخرزة وبردة وبهبوط في منحنى الحرارة . وعدا ذلك فان
الشروط التي ترأس ظهور الحمى واحدة في كليهما . فانهما تنحصران في
الشواطي وما يجاورها ويمتاز كل مركز من مراكز انتشارهما بمسواه دون ان
يكون منه وبأشد مستوليه وهما تظهران كل سنة وتكثران في الاوقات ذاتها .

.....

وتتضم الى دائرة حميات الضنك الكاذب حمى الانتيل وشاطي الاثلاثيك
كما انضمت حمى موانئ الهند و ضنك الكوشانشين الكاذب اليها لان مشهدها
السريري واحد ومنحنى حرارتها واحد بانخفاضه وشرط سيرها متشابهة
اذا استثنينا هذا الفرق وهو ان الناقل في البعوضة المسماة لستاغوميا فاسياتا
عوضاً عن ان تكون الكولكس كما يثبت ذلك اختبارات الامتريالين .

.....

اما الضنك الحقيقي فلم يخلطه بعضهم بحميات الضنك الكاذبة الا

لان بعض اعراضه السريرية العامة مشابهة لاعراض تلك ولان انتشاره الجغرافي في بعض البلدان مطابق لانتشار الحميات الاخرى فان مهدالضنك حسب رأي كلارك البحر الاحمر والبلدان المتاخمة له . غير ان من قرأ تلك المشاهدات تبين له الخلط الغاضح الذي وقع فيها .

ويقول روجرس ان الضنك مرض اندفاعي تصحبه اعراض مفصلية واندفاع (eruption) نوعي خاص يكاد يكون ثابتاً في جميع المرضى وبعده غيابه شاذاً مع نفاط (Rash) بدئي اسامي ونفاط انتهائي ثابت يتصف به هذا المرض ويمتاز به عن حميات الضنك الكاذبة

ويقول دبرون انه رآه في سورية يسير سير الامراض الاندفاعية السارية وينتشر انتشاراً وبائياً وقد نسب سرله وارمن من ليل وابراحي الوباء الذي انتشر في تلك المنطقة بين جنود حملة الدردنيل الى اتصال الوباء الذي وصفه دبرون في سورية وهذا دليل على ان هذه الحمى الاندفاعية تمتد كما تمتد الحميات الاندفاعية الاخرى بموجات وتدفقات متتامة . فالضنك اذن يحى اندفاعية يجب ان تضاف الى الحميات الاندفاعية الاخرى وان ما يسمى ضنك بحجز الروم ليس سوى الضنك الذي شاهده كلارك على شواطئ البحر الاحمر وما يتاخمها من البلدان غير انه كان كبقعة الزيت التي انتشرت فائصلت بمصر وسورية حتى انها بلغت في الحرب الكبرى مكدونية . وليس لهذا الضنك صفة تجمعها بحميات الضنك الكاذب لان هذه امراض فصلية تنتقل بالبعوض . واننا منذ وجودنا في سورية وقد مر عليه اربع سنوات لم نشاهد حادثة ضنك واحدة في فصول الصيف مع ان الكوكلس كانت

كثيرة في تلك الاثناء . ولهذا لا يجب ان نخلط الضنك بحمى الايام الثلاثة فهي حمى فصلية كالضنك الكاذب غير ان صفاتها المميزة هي : انها تستمر ثلاثة ايام فقط وانه لا اذرفاعات فيها وان البعوضة التي تنقلها كما بين ذلك دور و بر يت تسحق خازعة الوريد (Phlébotome)

.....

فيمكننا الان بعد ان وصفنا هذه الحميات الاقليمية المتنوعة التي كان بعضها ينسب الى البرداء حتي قبل كشف لفران لطيفيه ان تفصل حمى بحر الاحمر والبحر الهندي وحمى ماسواه عن الحميات الاقليمية ونضمها الى البرداء لانها منها وان تفصل عنها ايضاً ضنك البحر الاحمر ومصر و بحر الروم الشرقي وهو مرض اندفاعي وبائي موضعي

وان نهمل اسم الضنك الكاذب الذي يوقع في الشك والالتباس فنجعل حمى الايام الثلاثة وحميات الكوشاشين وموانى الهذد والانتيل وشاطي الثلاثين في دائرة الحميات الفصلية وما البرداء والحي الصفراء وجميع الامراض الصيفية التي تنتقل بالحشرات الامنها منتظرين الزمن الذي به ينشع النقاب عن الجراثيم او الجراثيم الراضحة او الاسباب الاخرى التي تحدثها فيكون لدينا حميات فصلية اجنبية وهي حمى الكوشاشين وحمى الهند اللتان تنقلها الكوكس . وحمى الانتيل وشاطي الثلاثين التي تنقلها البعوضة المسماة ستاغوميا . وحمى بحر الروم الفصلية او حمى الايام الثلاثة التي تنقلها البعوضة الواخزة للوريد ، وحمى فصلية منتشرة في اكثر البلدان وهي البرداء وغيرها من الحميات التي ميكتشفها لنا المستقبل .

مقتطفات حديثة

عن جرائد الغرب الطبية ومجلاته

للحكيم شوكة موفى الشطي احدا سائذة المعهد الطبي بدمشق

مداواة سل الرئة بالتبوكريز ين «تبوكبر بناء الذهب والورد يوم المضاهفة»

لاتزال قضية مداواة سل الرئة شغل العلماء الشاغل لان هذا المرض العضال يفتك ببني البشر فتكاً ذريعاً فهو اشد ادواء الجنس البشري مراساً واكثرها انتشاراً واسوأها عاقبة . وقد استعملت لمكافحته معالجات متنوعة جراحية ودوائية واحداث ماوصف في هذا الشأن التبوكريز ين . بحسن استعمال هذا العلاج حقناً بالوريد وذلك بحقن كمية ١٢٦٥ - ٢٠ سنتغرام تبوكريز ين منجدة في ٢ مم مكعب ماء مقطر ثلاث مرات في الاسبوع . فيكون المقدار الذي يحقن به في الاسبوع ٣٧٦٥ - ٦٠ سنتغراماً . ويجب التوقف عن الحقن متى بلغت كمية المادة الحقون بها ٦ - ٨ غرامات ويتم ذلك باربعة اشهر

ولا يجوز ان يستعمل هذا العلاج متى وجد اثر زهيد للآحين او كان التأمور مصاباً بالتهاب . تكرر هذه الحقن مرتين او ثلاث مرات على ان يستريح المريض مدة شهرين بين سلسلتين الحقن الاولى والثانية او الثانية والثالثة .

وقد بدت فائدة هذا الدواء في المسلولين الاحداث المصابين بآفات

حديثه سريرة السبر ، مصطحبة بسورات حمية ونهني بالاحداث المرضى الذين هم دون العشرين من العمر ويجب ألا يتجاوز عهد ظهور الاعراض الاولى ٦ - ١٢ شهراً وقد توصل شارل غاران بهذه الطريقة الى إبراء المريض إبراءً سريراً ويقصد بالشفاء السريري زوال الحمى وهبوط الحرارة في مدة تختلف بين ١٥ - ٢٠ يوماً وازدياد الوزن ازدياداً منتظماً وقلة النفث وخفة السعال وزوال الاعراض الطبيعية والدلالات الشعاعية او خفتها وصفوة القول ان التبوكر يزبن علاج حديث يخفف وطأة اعراض السل السريرية ويهب المريض برواً سريراً .

وقد جربت ملاح الذهب في السل الجلدي ولا سيما في داء الذئب الاحمراري فاستعملت في المانية ملاح ذهبية متنوعة منها الاوروفوس (Auropfos) وكريزلغان (Krysolgan) والاورو كاتن (Ourochanthan) والتر يقال (Triphal) والمانو كيزين (Sanocrysine) وقد ذكر باستيدس في اطروحته النتائج التي حصل عليها جانسلم و بورنيه في مستشفى القديس لويس في باريز فكانت اثباتاً جديداً لفائدة ملاح الذهب فشفى من ٢٦ مصاباً بداء الذئب ١٦ مريضاً شفاءً تاماً وتحسنت الاعراض في ٧ اشخاص وفشلت هذه الطريقة في اثنين

وصفوة القول ان هذا العلاج سلاح جديد يجب على الطبيب التذرع به متى لم يجد محذوراً في استعماله

إيقاف انزفة المرأة التناسلية بحقنها بمحلول ليمونة الصودا المشبع

النزف عرض لكثير من الامراض الرحمية (المرجلات «بوليب» الورم الليفي، السرطان، التهابات الرحم... الخ) يعالج بمداواة المرض المسبب . ولكن قد يكون النزف في بعض الاحيان غزيراً مهدداً للحياة فيجب على الطبيب مداواته بمداواة عرضية وتقوم هذه المداواة العرضية بوصف الادوية المقاطعة للدم التي تؤثر في الياف الاوعية الملساء او في عضلة الرحم نفسها وهذه الادوية هي الجويدار (Ergot) والهيدراستيس والهياما ليس... الخ . ويستعمل لهذا الغرض ايضا الكظرين «الادرالين» والسبنتسين والهلام وكورور الكلسيوم . ووصول خلاصات الاعضاء المختلفة... الخ . ولما كانت هذه الادوية غير كافية في كثير من الاحوال جرب المتخصصون المداواة بالاشعاع وخزع الياف العصب الودي من محيط الشرايين التي تسي الرحم والمبيض وربط الشريان الحثلي... الى غير ذلك من التوسطات . غير ان التوسطات الجراحية المذكورة لا تخلو من خطر وهذا مادعا الى تجربة محلول ليمونة الصودا الكثيف استناداً على خاصته في تخثير الدم وقد ابان هدون (من مونتليه) في مقالته عن نقل الدم في المطبوعات الطبية ان نقل الدم المضاف اليه ليمونة الصودا يزيد خاصة تخثر الدم وان لمقدار الليمونة المستعملة دخلاً عظيماً في حادثة التخثير . فاذا كانت المحلولات خفيفة اي بنسبة $\frac{1}{100}$ منعت التخثير واما اذا كانت كثيفة اي كانت نسبتها $\frac{3}{100}$ اوقفت الانزفة بتزبيدها الخاصة تخثر الدم .

وكان الجراحان الايركيان ه . نوهوف وهيرشفلد اول من استعملوا

هذه الطريقة في إيقاف النزف وقد درسنا ذلك في ٥٠٠ حادثة وإبانا ان ذلك يوقف النزف او يقي منه في الانزفة الباطنة المتنوعة والانزفة الظاهرة وفي عمليات البطن والجحمة وفي عمليات الكبد وقد جرب ذلك رنو وجوج في سرطانات الرحم وافادا في مقالاتهما ان الحقن بمحلولات ليمونة الصودا الكشيغة يوقف النزف بسرعة فائقة . وقد نجح شوارتز بفضل هذه الطريقة في إيقاف نزف رحي اعترى عذراء لها من العمر ١٣ عاماً ونصف عام وقد عم زوفارو ومافروان استعمال هذه الطريقة في كثير من الآفات التناسلية النسائية فاقفوا انزفة خطيرة في اثني مصابة بالتهاب المالحقات وثانية مصابة بمرجلات في عنق الرحم وثالثة مصابة بسرطان عنق الرحم ورابعة في سن اليأس وخامسة مصابة بزهرري وسادسة مصابة بورم ابني في الرحم ويستعمل في هذا الصدد ١٠ - ٣٠ سم ٣ حقناً في الوريد وبين العضلات من المحلول المركب من ٣٠ غرام ليمونة الصودا و ١٠ غرامات كلورور المغنيز يوم محلولة في ١٠٠ سم ٣ ماء معقم ويجب ان يكون المحلول المستعمل حديثاً لان القديم يتبدل ولا يفيد الفائدة المطلوبة . ويجوز الحقن مرتين او ثلاث مرات اذا لم يقف النزف منذ الحقنة الاولى . وقد نتسم العضوية بهذا الدواء وهذا مادعا العلماء الى تحديد المقدار السمي فعرف ان ١٥ غرام ليمونة الصودا مسممة فيجب والحالة هذه ان تكون الكمية المحقون بها اقل من ١٥ غراماً .

يستنتج مما اسلفناه ان هذه الطريقة الدوائية هي انجع الوسائل التي عرفت حتى اليوم في مداواة انزفة اعضاء المرأة التناسلية .

فحص السائل الدماغي الشوكي

٢

للحكيم حسني سبيح رئيس السريريات الباطنة في المعهد الطبي العربي

سنة ١٩٥٣

(ب) ماميرة . — سكر العنب (الغلوكوز) : يحتوي السائل الدماغي الشوكي

الطبيعي على ٥٣،٠ مائتغرام من سكر العنب في اللتر (مستريزا Mestrizat) وتكشف هذه الكمية الطبيعية من السكر بفلي سنتمترين مكعبين من السائل الدماغي الشوكي المصنّى او المدار (Centrifugé) في انبوب زجاجي بعد ان تضاف اليه ثلاث قطرات من محلول فهلنغ المختبر فيرجع السائل الطبيعي الكاشف المذكور ويرسب حمض النحاس (Oxydule de cuivre) ترميماً بيناً .

ومتى كان مقدار السكر في السائل الدماغي الشوكي ناقصاً أرجع هذا الكاشف بعض الارجاع نعني بذلك ان لونه الازرق يتغير فقط . ومتى زال السكر من السائل الدماغي زال تأثيره في الكاشف ولم يتبدل لونه بالغلي . هذه الطريقة بسيطة سهلة الاجراء والتطبيق على سرير المريض . وهي ثمرية تقي بالمرام في بعض الاحيان غير انها لا تكفي في معظم الحالات فهي ان دلت على وجود الكمية الطبيعية من السكر في السائل الدماغي الشوكي او على نقصها فيه ، فلا تدل على ازدياد السكر ولا تكفي لمعايرة تلك الكمية الزائدة التي كثيراً ما يلجأ اليها في تشخيص بعض الحالات المشبهة بها

من التهاب الدماغ النومي .

ولهذا تستعمل في المخبر طريقتان احدهما بسيطة وسهلة والاخرى طويلة وكلتاهما كافيتان لمعايرة كمية السكر في السائل الدماغي الشوكي .
فالطريقة الأولى تستلزم كمية قليلة من السائل لا يتجاوز ٢١٦٠ سم ٣ والثانية تستلزم أكثر من ذلك أي ٨ سم ٠٣ وانما نستعمل في مخبرنا إحدى الطريقتين حسب الكمية المرسله اليها من السائل ولكننا نفضل الأولى لسهولة وسرعة اجرائها وسنذكر الطريقتين تباعاً .

(أ) الطريقة الأولى : طريقة الاختبار المضاعف لمستريزا (Methode de

double essai de Mestrizat) . قلنا ان هذه الطريقة لا تستلزم سوى ٢٤٠ سم ٣ من السائل الدماغي الشوكي واما الادوات اللازمة للعمل فهي بمصان مدرجان حتى ٢٠ تخطيطاً وانبوبان زجاجيان فقط .
اما الكاشف المستعمل فيتركب من المحلولين الآتيين :

١- كبريتاة النحاس ٣٥٤٥ غراماً

ماء كمية كافية لـ ١٠٠٠ سم ٣

٢- طرطرات البوتاس والصودا المضاعفة ١٧٣ غ

صودا كاوية ١٣٠ غ

ماء كمية كافية لـ ١٠٠٠ غ

يحضر الكاشف بخلط كمية متساوية من المحلولين المذكورين .

تجرى المعاينة في انبوبين : يوضع في الاول ٢ سم ٠٣ من السائل الدماغي الشوكي المصفى او المدار ويضاف اليه ٠٦٣ من الكاشف . ويوضع في الانبوب الثاني ١٦٠ سم ٠ من السائل الدماغي الشوكي و ٢ سم ٣ ماء و ١

سم ٣ من الكاشف . ثم يغلى الانبوبان وينظر الى الرسوب المكون في كليهما فتستنتج ثلاثة أمور .

(أ) رسوب بين في الانبوب الاول وخلو الانبوب الثاني من الرسوب معناه ان السائل الدماغي الشوكي يحتوي على كمية من السكر ما بين ٠.٦٤٥ - ٠.٦٠ .
منفغراماً في اللتر . فهو اذن طبيعي .

(ب) خلو الانبوبين من الرسوب = يحتوي السائل على كمية من السكر اقل من ٠.٦١٠ . منفغرامات في اللتر

راسب ضئيل في الانبوب الاول وخلو الثاني من الرسوب = ان السائل الدماغي الشوكي يحتوي على كمية من السكر اقل من ٠.٦٤٠ . منفغراماً واكثر من ٠.٦١٠ . منفغرامات في اللتر .

(ج) راسب بين في الانبوب الاول وضئيل في الثاني = يحتوي السائل على كمية من السكر اعظم من ٠.٦٦٠ . منفغراماً واقل من ٠.٦٧٥ . منفغراماً في اللتر
راسب بين في الاول ومتوسط في الثاني = يحتوي السائل على كمية من السكر اعظم من ٠.٦٧٥ . منفغراماً واقل من غرام في اللتر

راسبان ينان في الانبوبين = يحتوي السائل على كمية نفوق الغرام في اللتر .

ان هذه الطريقة البسيطة تكفي في الممارسة لمعايرة السكر في السائل الدماغي الشوكي . فضلاً عن ان الطيب المتحرر يمكن من اجرائها لسهولة
وهي لا تستدعي كمية كبيرة من السائل الدماغي الشوكي . واما اذا رغب في التدقيق فيلجأ الى الطريقة الثانية التي تستدعي الاختصاص وتستلزم الدقة

والتمرن الكافين .

(ب) الطريقة الثانية: قلنا ان الكمية اللازمة من السائل الدماغي الشوكي

لمعايرة السكر بهذه الطريقة لا تقل عن ٨ سم^٣

توضع ثمانية سم^٣ من السائل الدماغي الشوكي في (بالون) زجاج وتعامل بعملية التجريد (défecation) وذلك بأن يضاف إليها ١٥ سم^٣ من محلول خلاصة الرصاص المعتدلة الذي نسبته $\frac{3}{11}$ ويرج (البالون) ثم يضاف اليه ٣ سم^٣ من محلول كبريتاة الصودا المشبع . ويرج ايضاً . ثم يدار او يصفى مرتين او ثلاث مرات فيؤخذ السائل المصفى او المدارو وثقاس كيته (٥ - ١٠ سم^٣ = ب س ٠ م ٠)

يوضع في بالون آخر ٥ سم^٣ من كاشف فهلنغ المعايرو ٥ سم^٣ من محلول حديد كيانوس (فروسيانور) البوتاسيوم الذي نسبته $\frac{2.5}{11}$ و ٢٠ سم^٣ من الماء المقطر . ثم يغلى و بعد الغلي يضاف اليه ب س ٠ م ٠ (الكمية المستحصلة بعد التجريد) من السائل الدماغي الشوكي المجرد . فنشاهد اثار الارجاع القوسي فيتم فعل الارجاع وذلك بان يضاف الى هذا البالون المسخن بمص مدرج قطرات من محلول السكر الذي نسبته ٢ ، ٥ في اللتر . فيخضر لون السائل المغلي ثم يصفر ومتى ظهر هذا اللون يعنى بالنقشير لثلا لتصب قطرة ولو واحدة لازوم لها فيتم فعل الارجاع وتنتهي العملية متى اخذ السائل المغلي المصفر لوناً اسمر .

أما الطريقة الحسائية التي ننبها لتقدير كمية السكر فهي : ينظر الى

ما صرف من محلول السكر حتى حدوث الارجاع التام . وتسجل هذه الكمية جانباً (ج) .

وتجرى عملية اخرى على ٥ سم^٣ من كاشف فهلنغ المعاير باستعمال محلول السكر المذكور آنفاً فقط وتسجل ايضاً الكمية المستهلكة من المحلول المذكور (ج) .

فالتفاضل ما بين (ج) و (ج) يدل على كمية محلول السكر المعادلة لكمية ب من السائل الدماغي الشوكي المجرد .

فتحسب كمية السكر في اللتر (ك) بقضى المعادلة الآتية :

$$ك = (ج - ج) \times ٢١٥ \times ١٢١٥$$

ب $\times ٨$

فالطريقة المذكورة طريقة كيمائية بحتة . وكمية السكر حسب هذه الطريقة هي ٥٣ . في اللتر فهي دقيقة وتستدعي وقتاً وكمية من السائل الدماغي الشوكي فلما يستغنى عنها اذا رغبتا في ان يكون الفحص تاماً من الوجهة الكيمائية والخلوية والاجائية ولا بد من الالتجاء اليها في بعض احوال خاصة .

(ج) كمية الكلورور ومعايرته . يحتوي السائل الدماغي الشوكي على كلورور قدره ٢١٢٥ - ٢١٤٠ في اللتر اي على قدر ما يحوي البول منه على وجه التقريب ويعاير كمعايرته في البول ولذا نضرب صفحاً عن التفصيل . تزداد كمية الكلورور في المائع الدماغي الشوكي متى انحبس الكلورور في الدم كما في قصور الكليتين ونقص كميته عن الحد الطبيعي في التهابات

السحايا وبعده البعض ثناقص الكلورور في السائل الدماغي الشوكي ثناقصاً مستمراً من العلامات الثمينه الدالة على تحسن التهاب السحايا السلي .

(د) البولة (الاوره) وتحريها في السائل الدماغي الشوكي . في السائل الدماغي

الشوكي من البولة كمية معادلة لما في الدم منها . أي مقدار ٠.٣٠ - ٠.٥٠ .

سفنغراماً في التر وفي الحالة الطبيعية . تعابر البولة في السائل الدماغي الشوكي كمعايرتها في الدم بواسطة مقياس البولة لايفون . وتستتزم هذه المعايرة مقدار

٨ - ١٠ سم^٢ من السائل الدماغي الشوكي وبما ان نسبتها في الدم وفي

السائل الدماغي الشوكي واحدة كان الاقتصار على معايرتها في السائل الدماغي

وحده كافياً متى بزل نخاع المريض دون ان تكون ثمت حاجة الى فصد

(هـ) الخلاصة الجافة : في السائل الدماغي الشوكي من الخلاصة

الجافة ١٠ - ١١ غ .

(٣) الفحص الخلوي (examen cytologique)

هو على قسمين : فحص كمي وآخر نوعي ويكتفي في بعض الاحيان

بالفحص الاول وفي البعض الاخر يحتاج الى الفحصين معاً .

الفحص الكمي : هو عدّما يخويه السائل الدماغي الشوكي من العناصر

الخلوية في الملمتر المكعب . يحتوي السائل الدماغي الشوكي الطبيعي على ١-٣

خلايا في الملمتر المكعب فاذا زاد عددها عن هذا الحد عدت الحالة مرضية

يجري العد بواسطة حجرة ناجوت (cellule de Nageotte) وهي

صفحة زجاجية في مركزها ثقور مقسم اقساماً مستطيلة سمعة كل واحد منها

٢٥٠ ملمتر مكعب ومن الشروط اللازمة في عد العناصر المذكورة اولاً

ان يكون السائل الدماغي الشوكي خالياً من الدم لأن وجود اثر قليل منه يشوش النتيجة لاحتوائه على كمية عظيمة من الكريات البيضاء فوجود قطرة منه في السائل تلقي في السائل الدماغي كمية كبيرة من الكريات البيضاء الامر الذي قد يؤدي الى تشوش التشخيص اذا لم ينبه اليه .

ويجب الا يكون قد مر على استخراج السائل الدماغي الشوكي المراد فحصه الا دقائق معدودة والافسدت النتيجة لطروا الانحلال الخلوي (cytolys) اولاً لتصاق العناصر بحدان الانبوب الامر الذي يؤدي الى بقعها حين العد . فيستحسن اذن ان يفحص السائل فحواً خلوياً عقب استخراجه وذلك بان يؤخذ قسم منه بالممص ويوضع في حجرة ناجوت ويعد .

ولهذا السبب لا يجوز ان تعد الخلايا في السائل الدماغي الشوكي المدار ويشير بعضهم باضافة بعض الاصبغة كزرقه اونه (Unna) او زرقه المثلين لتلوين الكريات البيضاء غير ان هذه الاضافة ليست ضرورية وخير للعين ان تعتاد الفحص بدونها .

وكيفية العمل ان يسحب بالممص قليل من السائل الدماغي الشوكي الحائز على الشروط المدرجة اعلاه ثم يفرغ في الانبوب مرات متوالية حتى تبقى العناصر معلقة بالسائل ومتوزعة توزيعاً متجانساً متساوياً في سائر أنحائه ثم تؤخذ منه قطرة وتوضع في الحجرة المذكورة وتستر بصفيحة زجاجية ويتحاشى ادخال فقاعات هواء معها حذراً من ان تشوش العد . ثم توضع الصفيحة على سطح افقي مدة عشر دقائق حتى يتكامل رسوب العناصر المعلقة واستقرارها في قعر الحجرة . وبعدئذ يشرع بالعد بعد وضع الصفيحة

تحت المجهر ونزع مكثفة آبه وتهيئة العدسيات الشخصية والعينية اللازمة بعد من المستطيلات المشاهدة ثمانية فيضرب العدد الحاصل بثمانية ويقسم على ١٠ لان مساحة كل مستطيل ١٧٢٥ ملمتر مربع فاذا عدت ثمانية مستطيلات كان مجموع مساحتها مساوياً ١٠ ملمترات . لغرض اثناء عددنا خمسة عناصر في ثمانية مستطيلات لكان عددها في الملمتر المكعب كما يلي :

$$\epsilon = \frac{8 \times 5}{10}$$

فتكون النتيجة ان السائل الدماغي الشوكي المفحوص يحتوي على ٤ كريات بيضاء في الملمتر المكعب

الفحص النوعي ويراد به تعيين نوع الكريات البيضاء الموجودة في السائل الدماغي الشوكي وتعيين صيغتها (formules leucocytaire)

واجراء هذا الفحص يستدعي ادارة السائل الدماغي الشوكي الحديث بالدورة الكهربية مدة عشر دقائق او خمس عشرة دقيقة ويؤخذ مما رسب في قعر الانبوب بانبوب شعري ويمد على زجاجة نظيفة ويثبت بزجج الكحول مع الاثير ثم يلون بمائع غمزه أو بالايوزين والهاثئين وتختلف الصيغة الكروية حسب الامراض الطارئة على السحايا او النخاع . وهي عدا دلالتها على التشخيص من الوسائط الثمينة لاتباع سير المرض والاذنار ولا سيما في التهاب السحايا الدماغية الشوكية كما سيأتي ذكره في حينه . ولا يسهون عن البال انه يشترط في السائل الدماغي الشوكي المراد تعيين الصيغة الكروية فيه ان يكون خالياً من آثار الدم وأن تكون جميع الادوات والاواني المستعملة في استخراجه وجمعه معقمة . [للبحث صلة]

مفكرة في الطب العملي

مترجمة بقلم الاستاذ شوكة الشطي

مداواة توسع القصبات

ينجم توسع القصبات من التهاب القصبات المتكرر او ذات القصبات والرئة او سل الرئة اللبني او الزهري . و يتلو ايضاً ذات القصبات والرئة التي تحدث في سياق الحصبة في الاطفال والسعال التشنجي والنزلة الوافدة والتراث الزهري .

١- قواعد حفظ الصحة العامة

- ١- يجب ان يعيش المريض في الهواء الطلق ما يمكن وان تهوى غرفته جيداً
- ٢- يجب ان يعطى اطعمة مغذية : شواء او لحم في مفروم (٨٠-١٠٠ غرام في اليوم) وبيض وممك وزبد وانواع اللبن
- ٣- توصف له ادوية مقوية على ان تبدل من وقت الى آخر .
- أ- يعطى مدة ١٠-١٥ يوماً ٤-٦ ملاعق حساء من زيت السمك يومياً واذا لم يتحمله المريض يستعاض عنه بمشتقات زيت كبد الحوت (كالبانادوين pangaduline) والموريتين (morrhuetine) والجلت (Jemalt) . . الخ

ب- يجرع في الثلث الثاني من الشهر ملعقة حساء من الشراب الاتي

١٠ . ١٠ سنغرامات

زرنخاة الصودا

٣٠٠ غرام

ماء مقطر

يحقن تحت جلده بحبابة محتوية على ٠.١٠٥ - ٠.١١٠ كاكوديلات
كل يوم مدة عشرة ايام

ج- يستعمل في الثالث الثالث من الشهر كل يوم قبل طعامي الظهر
والمساء برشانة فيها ٠.١٥ فيتين (phytine) اوحبة الى حبتين في كل منها
٠.١١٠ لستين (lecithine)

٢- المداواة الموضعية

١- ينشق المريض في كل يوم لترماء مغلي مضافة اليه ملعقة فهوة من
الخلوط الآتي .

او كالبتول
عطر السعتر

من كل ٥ غرامات
سكول درجتها ٩٠ ١٠٠ سم ٣

٢- نجمن الرغامي كل يوم بـ ٤ سم مكعبة من السائل الآتي ،

بود وفورم
او كالبتول
غايا كول

زيت الزيتون المعقم ٨٠ غراماً

٣- يوعز الى المريض بان يعتاد السجود في الصباح (وضعة

السجود في الصلاة عند المسلمين) وضعة كينك

٤- لا بأس في بعض الاحوال من استعمال الريح الجنبية الاصطناعية

٣ = العلاجات الباطنة :

١ = يعطى المريض في الثلث الاول من الشهر ثلاث ملاعق حساء
بعد الطعام من الشراب الآتي كل يوم

السائل النشادرى الانيسونى	١٠ غرامات
جذر البوليفالا	٥ غرامات
ماء مغلى	٥٠٠ غرام

ينقع مدة ساعتين

٢ = يعطى المريض في الثلث الثاني من الشهر كل يوم اربع ملاعق
حساء من المشروب الآتي :

هنبوسولفيت الصودا	٦ غرامات
شراب الاوكالبوس	٤٠ غراماً
جلاب صمغى	١٢٠ غراماً

٣ - يعطى في الثلث الثالث من الشهر كل يوم حقنة مركبة من

كرايوزون
صابون طبي (Savon amygdalien) من كل ١٠ غرامات

ماء مقدار كاف لجعل الكمية ١٥٠ سم ٣

توضع ملعقة حساء من العلاج المذكور في قرح ماء فاتر ليحقن المريض به

٤ - يوصف الزرنبخ واليودور اذا وجدت امارات سلبية

٥ - يقطع النزف بالأدوية النوعية اذا اصيب المريض بنفث دموي

٦ - يعطى المريض الستركنين والبنين (كافئين) والديجتال اذا ضعف القلب

جواب عن استفسار

اشكر حضرة الكيماوي السيد عبد الوهاب القنواني على حسن ظنه بي ولا سيما اشكره على تبينه اياي ان المرقشيثا غير المسماة بالفرنسية (marcassite) بل هي البزموت (راجع مجلة المعهد الطبي العربي ٢٥٥:٤) قلنا : لما كتبنا ما اشرنا اليه في وقته من الحواطر كان اعتمادنا على ماهو شائع في اصطلاح الفرنسيين لان صاحب المقالة كان قد قابل العربية بالالفاظ الفرنسية فقط دون غيرها . فقلنا : اذا كان الامر على هذا الوجه فالمرقشيثا (بالثاء المثثة) لا يقابلها في لغة ابناء الغالين الا (marcassite) لا غير . واما ان هذه اللفظة المنقولة عن العرب قد تعني غير ذلك في سائر اللغات فهذا محتمل ونحن لا تناقش احدا فيه اذ لامشاحة في الاصطلاح وعليه فهذا جوابنا :

١ - ليست مرقشيثا (بالثاء المثثة) عربية البتة ، وان كان ابناء العرب اخذوها عناء ، وليس لها ادنى صلة بالالفاظ الضادية النجارية ، انما مرقشيثا كلمة ارمية ، او كما يقول بعضهم كلمة سريانية اي « كيفا قاشيثا » اسم الحجر القاسي او الصلب او الصلد او ما شابه هذه المعاني ، ثم احدثت الراء بين الميم والقاف لتسهيل النطق بها (وانت تعلم ان الراء من احرف الذلاقة يسهل دخولها في جوف الكلم) ، فصارت ماترى . وقد ذكرها ابن اليطار في مفرداته ، قبل ان يخلق اغريقلا ، ونقلها الحكيم

لكثير الى الفرنسية باسم (pyrite) أو (sulfure) ايضاً فالمرقشيثا ضرب من البوريطس أو الكبير يتور كما يقول بعضهم اليوم .

٢ - اما ان المحدثين نقلوا اللفظة المذكورة الى معنى البزموث فهذا من قبيل التواطؤ والتواضع ولهذا بقي مفاد المرقشيثا عند العرب كما كان وستبقى كذلك الى ما شاء الله ، ولا يهمننا تحريف ابناء الغرب لها واخراجها عن مألوف معناها الذي وضع لها .

٣ - قول حضرة الكياوي ان كاشفه سُمِّيَ (marcassite) في سنة ١٥٣٩ فيظن ان هناك خطأ طبع ، لاننا نحفظ انه كُشِفَ سنة ١٥٢٩ .
٤ - ان الافرنج صرحوا بانهم لا يعرفون اصل كلمة بزموث (bismuth) وعندنا انها عربية المحدث منقولة عن كلمة « اِثْمِد » المجرورة بالباء اي « بائمد » فقرأوها (B-ismuth) ثم وصلوها وقرأوا الثاء المشككة سيناً كما يفعل اهل سورية وفلسطين ومصر حاشا العراق . فقد قالوا سابقاً في خَبَثَ (bagasse) وقلبوا الدال ثاءً مثله اي (th) كما قالوا في العود (luth) . وقد اصلوا باء الجر في كلامهم لانهم وجدوها متحدة بها فاعتبروها كلمة واحدة فكان منها ذلك الهم .

ولنا رأي آخر نرجحه على ما تقدم بسطه وهو ان الاقدمين من الغربيين كانت كتابتهم بحروف يونانية او رومانية . وكانوا اذا ارادوا تصوير الهمزة العربية جعلوا لها مقابلاً في بعض الاحيان حرف الالف اللاتيني واذا صدروها بالحرف اليوناني جعلوا لها مقابلاً حرف B . وكذلك كان يفعل العرب . فانهم قالوا « اُسْمَةُ سَيْبَانُوس » وهم يريدون (Vespasianus).

(راجع مروج الذهب ٢ : ٣٠٤ من طبعة باريس) وذكروا اسم والنس (Valens) بصورة او الس . وقال السلف في (Vandales) « أُنْدَاس » وزد على ذلك ان من الافرنج من يكتب V بصورة W او بالعكس فيقول الفرنسيون (Vagon) والانكليز (Wagon) وهكذا صارت ائند (wismuth) عند الالماني و (Bismuth) عند الفرنسيين وتميز الائم (بمعنى البزموت) من الائم (بنى الانثيمون) قديمص على الدهاء فكيف على غيرهم . ولا جرم ان العرب اطلقوا الائم على كل من الاثنين لما هناك من الشبهات والمشابهات . فلا تغفل عن هذا كلة

وتقول في الختام : لكي ننفي عن حضرة المستفسر كل شك وريبة ويتأكد جدالتا كدان المرقشيثا في اليريت نفسها اي (Pyrite) نجمله على على ان يلقي نظرة في مفردات ابن البيطار فقد قال في ١ : ١٢٧ من طبعة مصر : « بوريطش هو حجر المرقشيثا وقد ذكرته في حرف الميم اه . اي في مرقشيثا فلقد قطعت جبهة قول كل خطيب . وليس لنا حاجة الى ان نقول ان بوريطش هي قراءة كلة (Pyrites) اليونانية مع جعل السين شيئاً معجمة كما قال بعضهم او غشطش وهم يريدون او غسطس الى غيرها . وقد قلنا ان مرقشيثا قد جاءت ايضاً بمعنى الكبريتوراي (Sulfure) لانها لا تخلو من كبريت . وبهذا القدر مَجْزَأَةٌ .

الاب انتاس ماري الكرمل

المشيعة أم السخذ

١ - طلب صاحب مجلة المعهد الطبي العربي في ٣٠١:٤ ان يقال الكلام الفصل في السخذ والمشيمة . وقد ذكر حضرة الطبيب عبد الرحمن الكيالي ان المشيمة هي المساء بالفرنسية بلاستة واستشهد لذلك بنصوص من كلام الاقدمين كقولهم ان الدواء الفلاني يخرج المشيمة وطبيع النبات الفلاني يدفعها الى خارج الى غير ذلك . وفي جميعها لم نجد سوى ان المشيمة هي العرس على ما شرحها صاحب تاج العروس اي كل ما يخرج مع الولد من الاقذار ، ولم ينص احد على انها البلاستة اي السخذ . فاين وجد حضرة ان المشيمة في ما ذكره من النصوص هي البلاستة وحدها دون غيرها .

٢ - للسخذ عدة معانٍ كما نقلناها عن السلف . وكذلك للمشيمة عدة معانٍ ، لكننا نرى بين معاني السخذ شيئاً لم يذكره اللغويون لسائر الالفاظ التي تعود الى الموضوع ، وهذا الشيء هو المسمى عند الافرنج بالبلاستة فهل وجد مثل هذا المعنى للمشيمة ؟ ولهذا يحسن بالمدقق ان يخصص معنى دون آخر اذا لم تنسرها لالفاظ تفيد مفاد ما يراد فيفرز اللفظة مع معناها الجديد فيتسع المجال في موضوع ويتدي سرياً الى الضالة المذشودة في موضوع آخر . فهل وجد حضرة المعارض مثل هذا الامر في المشيمة ؟

٣ - لم يصرح احد بان المشيمة هي كعكة طويلة بل اظهر السيد

مرئضي في تاجه انها الغرس وفسر الغرس بما نصه : « الغرس بالكسر ما يخرج مع الولد كأنه مخاط ، وقيل : ما يخرج على الوجه . وقال الازهري : الغرس جلدة رقيقة تخرج مع الولد اذا خرج من بطن امه . وقال ابن الاعرابي : الغرس المشيمة ، او الغرس جلدة رقيقة تخرج على وجه الفصيل ساعة يولد فان تركت عليه قتلته ولم نجد انه قال : الغرس او المشيمة كهكة

٤- الدليل القاطع بل القاتل هو ما ذكرناه في تعريف الخور يون (وليس الكور يون كما قال حضرته) . اما ان حضرته يشتق الخور يون من (Cutis) فلا نوافقه عليه بل الكلمة يونانية ومعناها الجلد او الجلدة . لا الكهكة او الكهكة . ويقابل اليونانية (chorion) اللاتينية (corium) بالمعنى المذكور .

٥- قول حضرته « ان المشيمة لم يرد لفظها مقابلاً للطبقة الثانية من العين بل وردت مشيمة بالنسبة » يخالفه دوزي الذي يستشهد بكلام احد الاقدمين . فليراجع هنا في ما نقله عنه في الرقم ٧

٦- ان خالف الكاتب راي صاحب الجوهر فهذا لا ينتقض شيئاً من حقيقة المشيمة فهذه غير البلاستة كما ان هذه غير تلك .

٧- ازيد على ما تقدم ان لا معنى لهذه المجادلة القارعة ، فان المحققين قد فرغوا من هذا الامر ولا فائدة في العودة الى إعادة النظر فيه . قال دوزي في ملحقه بالمعاجم العربية ما هذا حرفه في باب مشيم :

arrière-faix, ce qui reste dans la matrice après la sortie du fœtus, c. à. d. le placenta, le cordon ombilical, et les membranes qui enveloppent le fœtus, Sang. Bait, I, 17 b. — Une des membranes qui enveloppent l'œil, nommée ainsi à cause de sa ressemblance avec celle qui enveloppe le fœtus, Glos. Manç. in voce

٨ — ان الذي لا يبقى شكاً في ان السخند هو البلاستة ان « السخند »
 محولة عن « الشهد » على لغة من يجعل الماء خاء (راجع المزهري طبع بولاق
 ٢٢٥:١) واما قلب الشين سيناً مهمللاً فاشهر من ان يذكر . وانت تعلم ان الشهد
 هو القرص الذي يتخذُه النحل في خليته فيحوى طليعية بينا ان
 البلاستة حلوى مصنوعة و بعد هذا التحقيق اذا اراد احد ان يصر على
 رايه فهو مخير لكن الحق الحق بان يتبع والسلام على من رأى طريق
 الهدى فاهتدى

الاب انتاس ماري الكرملی



مداواة الصلبة الباركنسونية بالحقن بسم الرماح (الكورار)

ابان كروكشيت وكوتوركان حقن العضلات الصلبة بـ ١ - ٥ مم ٣ من
 محلول سم الرماح بنسبة ١:١٠ يفيد فائدة عظيمة على ان يجمع بين هذا العلاج و بين
 السكو بولامين والزرنيخ غير ان فائدة هذا العلاج موقفة لا تستمر طويلاً
 ش . م . ش

صناعة السكر

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكي

البحث العاشر

الفحص الكيماوي أو المراقبة الكيماوية

. للمراقبة الكيماوية في معامل السكر غايان الاولى جعل الضائعات في الحد الاصغر في اثناء العمليات التي تطبق على الشوندر حتى استحصال السكر؛ والثانية حساب ما ينتج في اثنائها ومقابلة ذلك بعضه ببعض . وسنكتفي بذكر اهم طرق الفحص والتقدير التي يسير عليها اصحاب المعامل السكرية ليكونوا على علم بسير العمليات الجارية في معاملهم .

المعايرة (Dosage) . - اهم مايعتني جميع الكيماويين بمعايرته في معامل السكر هو: السكروز اي السكر؛ والسكر المنقلب اي الغليكوز؛ والمواد الجافة؛ واللامكر بطريقة التفاضل؛ والمواد المعدنية أو الرماد .

فلمعايرة السكر (السكروز) بوجود المواد الغريبة يستفاد من خاصته لحرف النور المستقطب ويستعمل لهذا الغرض (مقياس استقطاب) ذو تقسيمات خاصة يدعى (مقياس السكر Saccharimètre) الموضوع على اساس نظرية الاستقطاب التي نذكر عنها كلمة مختصرة اتماماً للفائدة فنقول :

ان بعض البلورات الطبيعية مثل (مبات ازلاندا Spath) والكورنيس (Quartz) تحلل الاشعة الضوئية الى حزمتين . فاذا وضعت بلورة من

سبات ازلاندا مثلاً على ورقة بيضاء رسم عليها خط يرى من خلال البلورة خطان احدهما على يمين الآخر .

فاذا قطعت هذه البلورة قطعاً مناسباً على زاوية معلومة ثم اصبقت القبطعتان فالقطع الاصلي يصبح كأنه مرآة ننعكس عليها احدى صورتني الخط المرسوم فتخرج من البلورة فاذا نظر بعد ذلك الى الخط ذاته لا ترى له الا صورة واحدة فقط .

فالبلورة المقطوعة على هذه الصورة تدعى (منشور نيكول (Nicol) ويقال للشعاع الخارج منه (الشعاع المستقطب) ويتصف بالخاصة الآتية : اذا وضع على منشور نيكول منشور آخر مثله بحيث يكون المقطعان الاصليان متوازيين فالصورة تمر من كليهما اما اذا ادير المنشور الثاني حول محوره بحيث يصبح مقطع المنشور الاول عموداً على مقطع المنشور الثاني فالصورة تختفي اي ان النور لا ينفذ حيثئذ من كليهما .

هذا هو اساس مقياس السكر . وفي الحقيقة اذا وضع بين منشوري نيكول متعاكسين (على زاوية قائمة اي ٩٠ درجة) انبوب افقي على مسير النور مملوء بماء صاف فلاشعة الضوئية تنفذ من المنشور الاول والماء الصافي وتنطفي في المنشور الثاني . ولكن اذا اذيب في الماء شيء من السكر فالنور ينحرف عن الاستقطاب بتأثير السكر المتصف بهذه الخاصة فيدار المنشور الثاني حتى استحصال الظلام الاول او حتى نتساوى شدة النور في نصفي الدائرة ومن هذه الدرجة من التدوير يعلم مقدار السكر في السائل اذا كان مجهولاً .

لقد اثبت العالمان جيرار (Girard) ولوين (Luynes) انه اذا اذيب ١٦٦١٩ غراماً من السكر الصافي في الماء ثم اتم الحجم الى مائة سنتيمتر مكعب واملئ من هذا المحلول انبوب بطول عشرين سنتيمتراً يستحصل في مقياس سكر لوران (Laurant) درجة تدوير تساوي التي تستحصل في آلة استقطاب وضعت بين منشور بها صفيحة من الكوارتز بشحن مليمتر واحد .

فاذا رقت هذه النقطة برقم ١٠٠ ثم وضع على مسير النور محلول سكري يحوي ١٦٦١٩ غراماً من السكر في المائة ولم تستحصل درجة ١٠٠ بحكم ولا شئت بان السكر المذاب لا يحوي مائة % من السكر الصافي واذا لم يستحصل سوى ٨٨ مثلاً يحكم بان السكر المفحوص لا يحوي سوى ٨٨ % من السابكلوروز .

وعلى العكس : اذا اريد الوقوف على كمية السكر المحتواة في سائل ما وكانت درجة هذا السائل في مقياس السكر ١٠٠ يحكم بان كل مائة سنتيمتر مكعب منه تحوي ١٦٦١٩ غراماً من السكر . واذا كانت درجته ٨٨ فهذا دليل على ان السائل لا يحوي سوى $\frac{88}{100}$ من ١٦٦١٩ غراماً من السكر .

مقياس سكر لوران يتركب من منشوري نيكول كل منهما موضوع على احد طرفي ساعد افقية ترتكز على حامل عمودي . فالمنشور الذي هو امام منبع النور يسمى (المستقطب Polariseur) والاخر يدعى (المحلل Analyseur) وهو معد لقياس زاوية الانحراف التي يكونها محلول السكر الملوئ في انبوب موضوع بين المنشورين المذكورين . وبوجد خلف

المنشور المستقطب مرآة على نصفها صفيحة رقيقة من الكوارتز وذلك لشرط ساحة الرؤية الى قسمين مختلفين بشدة النور . فيدار المنشور المحلل تدويراً مناسباً حتى نساوي شدة النور في كلا النصفين وهناك دائرة مدرجة بحيث تكون الزاوية الحاصلة بين نقطتي الصفر والمائة مساوية لـ $٤٠^\circ ٢١'$ (٢١ درجة و ٤٠ دقيقة) وهي درجة تحويل صفيحة من الكوارتز بشحن مليمتر واحد أو درجة تحويل محلول سكر محوي ١٩٦١٩ غراماً في ١٠٠ سم^٣ مملوء بانبوب طوله ٢٠ سنتيمتر موضوع بين المنشورين .

وبما ان المحاليل السكرية لا تكون دائماً بحالة من الصغر يسهل معها تعيين درجة تحويلها للنور المستقطب وجب ترويقها أولاً باضافة (تحت خلافة الرصاص) وترشيح السائل ويستعمل لهذا الغرض دورق معاير ذو خطين (١٠٠ سم^٣ و ١١٠ سم^٣) ليكون الحجم بعد التحديد بنسبة ١٠ / ثم تصحح درجة التحويل المستحصلة ، وفقاً لهذه النسبة ايضاً .

تقدير السكر بمقياس الكثافة : ان لمحاليل السكر (كالملاح) كثافات تزداد بازدياد كمية السكر المذابة فيها . لذلك كان من الممكن معرفة كمية السكر المحتواة في شراب سكري ، بمقياس الكثافة الصحيح (كقياس بومه مثلاً) وفي الجدول الآتي نضع بعض درجات بر يكس (Brix) أو بالينغ (Balling) [التي تبين احتواء المحاليل على السكر بالمئة] وما يقابلها من درجات بومه .

— جدول درجات بريكس السكرية وما يقابلها من درجات بومه —
في حرارة ١٧٦٥ مئوية

درجات بريكس %	درجات بومه	درجات بريكس %	درجات بومه	درجات بومه	درجات بريكس %
١	٢٧٦١٩	٥٠	١٤٠٠٣٩	٠٦٥٦	١٢٣٣٢٨
٥	٢٩٦٧٩	٥٥	١٦٠١٩٧	٢٦٧٨	١٢٢٦٠٩
١٠	٣٢٦٣٦	٦٠	١٦٠٤٠١	٥٦٥٦	١٢٢٨٩٩
١٥	٣٤٦٩٠	٦٥	١٤٠٦١٣	٨٦٣٢	١٢٣١٩٩
١٧	٣٧٦٤٠	٧٠	١٦٠٧٠٠	٩٦٤٢	١٢٣٥٠٩
٢٠	٣٩٦٨٧	٧٥	١٦٠٨٣٣	١١٦٠٧	١٢٣٨٢٩
٢٥	٤٢٦٢٩	٨٠	١٤١٠٦١	١٣٤٨١	١٢٤١٥٩
٣٠	٤٤٦٦٨	٨٥	١٦١٢٩٧	١٦٤٥٣	١٢٤٤٩٩
٣٥	٤٧٦٠٢	٩٠	١٤١٥٤١	١٩٤٢٣	١٢٤٨٤٩
٤٠	٤٩٦٣٢	٩٥	١٤١٧٩٤	٢١٦٩١	١٢٥٢٠٩
٤٥	٥١٦٥٦	١٠٠	١٦٢٠٥٦	٢٤٦٥٦	١٢٥٥٧٨

اما في معامل السكر فلا يرى ابدأ محلول صاف من السكر لان العصارة السكرية المستحصلة من عصر الشوندر تحتوي على مواد عضوية وملاح تختلف درجات ثقلها عما للسكر ولكن تبين بتجارب بعض العلماء انه كلما زاد الشوندر احتواءً على السكر قلّت فيه الملاح بحيث انب العصارة المستحصلة منه تكون ذات ثقل اعظم على مقياس بومه وبالتالي تكون انقى من عصارة خفيفة الثقل . وظهر كذلك ان بين مقدار السكر الموجود في

عصارة الشوندر وبين الملاح الموجودة فيها أيضاً نسبة تكاد تكون ثابتة في أكثر الاحايين . لذلك اذا علم ثقلها النوعي عرف مقدار السكر التي تحتوي عليه العصارة السكرية بالنسبة الى المواد الثرىبة (*)

٢ - السكر المنقلب : يوجد السكر المنقلب دائماً في حاصلات قصب السكر غير النقية اما في حاصلات الشوندر فلا يوجد الا اذا كان الشوندر مختمراً . وتقدر كيبته بطريقة القياس النحاسي (Cuprométrie) إما بوزن اكسيد النحاس الاحمر المترسب أو ممايرته حمياً . ويستعمل لهذا الغرض محلول كهربيتاة النحاس الطرطري البوتاسي وبحضر كما يلي :

اولاً - يوضع في جفنة صينية بسعة لتر ، ٣٥ غراماً من كهربيتاة النحاس الصافية جداً ($SO^4Cu + 5H^2O$) مع نصف لتر ماء و ٥ سم^٣ حامض كبريت صاف ويسخن الجميع بلطف مع التحريك حتى القدوبان التام .

يبرد المحلول ويفرغ في دورق معاير بسعة لتر وتفصل الجفنة مرات عديدة وتصب مياه الغسل جميعها في الدورق المعاير ثم يكمل الحجم الى اللتر بدرجة + ١٥ مئوية .

ثانياً = يذاب (على الصورة السالفة) ١٥٠ غراماً من ملح سانيت (Seignette) الصافي في نصف لتر ماء ثم يضاف بعد برودة السائل ٣٠٠ سم^٣ من محلول الصودا الكثيف (٣٦ بومه) الخالي من الفحامة . ويكمل الحجم الى اللتر في درجة + ١٥ مئوية .

(*) يختلف ثقل عصارة الشوندر بين ١٦٠٤٠ — ١٦٠٧٠

ثالثاً = عند الاستعمال يمزج ١٠ سم^٣ من الاول مع ١٠ سم^٣ من الثاني . والمزيج يكون بلون ازرق جميل يزول تماماً بالغليان بملامسة خمسة ملغرامات من السكر المتقلب .

وتتحقق صحة عيار المحلول النحاسي الطرطري بمحلول معلوم العيار من السكر المتقلب وذلك ان يؤخذ ٤١٧٥ غرامات من السكر الصافي المفسول بالكحول والمجفف بدرجة ٧٠ مئوية ويوضع في مطرة معايرة بسعة لتر مع نصف لتر ماء مقطر حار . وبعد الذوبان التام يضاف ٢ سم^٣ من حامض الكبريت الصافي وتسخن المطرة على حمام مائي وتترك عشرين دقيقة اعتباراً من بدء غليان ماء الحمام . ثم تؤخذ المطرة وتترك لتبرد تماماً ثم يضاف اليها مقدار كاف من الصودا لتعديل حموضة السائل تعديلاً تاماً وغرامان من الفنول النقي لحفظه من الفساد ويكمل الحجم الى اللتر بالماء المقطر بدرجة ١٥ مئوية .

في هذه المعالجة تنتقل ٤١٧٥ غرامات من السكر والموضوعة في المطرة الى ٥ غرامات سكر متقلباً وفقاً للمعادلة الآتية :



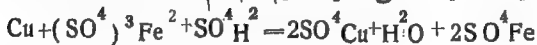
ولمعايرة العصاره على طريقة الوزن يؤخذ من المحلول النحاسي ١٠ سم^٣ وتمزج مع ١٠ سم^٣ من المحلول الطرطري البوطاسي ويضاف الى المزيج حجم معلوم من السائل السكري المراد فحصه ويغلي الجميع ثلاث دقائق يتحلل خلالها السائل النحاسي الازرق ويرسب منه النحاس بحالة اكسيد النحاسي الاحمر (Oxydule rouge) فيجمع بالترشيح ويجفف ويزن

ومنه يستخرج وزن النحاس الصافي ويحسب ما يقابله من السكر المنقلب في جداول خاصة مصححة موضوعة لهذا الغرض .

وأما طريقة الحجم فانها وان كانت اقل دقة من الاولى غير انها اسهل منها ولذلك كثيراً ما ترجع عليها . ولعلازمة العصاره بها يوضع في دورق قصير العنق ١٠ سم . م من المحلول النحاسي و ١٠ سم . م من المحلول الطرطري البوتاسي و يغلى المزيج و يقطر عليه من السائل السكري الموضوع في نقطة مدرجة مع دوام الغليان حتى يزول اللون الازرق تماماً و يحسب مقدار السكر المتطلب من عدد الاسم^٣ المصروفة من المحلول السكري .

ولما كانت معرفة ختام التفاعل الكيماوي هنا متوقفة على زوال اللون و كان تقديره بالعين متعسراً يرجح استعمال طريقة العالمين كوس و بونان (Causse et Bonans) باضافة ٥ سم^٣ من محلول فرووسيانور البوتاسيوم الى مزيج المحلول النحاسي والمحلول الطرطري البوتاسي الآنف الذكر وأحسن من هذا وذاك استعمال طريقة برتران (Bertraud) واساسها

ارجاع سائل النحاس الطرطري ، بمحلول السكر وترشيح اكسيد النحاسي الاحمر على مرشحة من الاميان (Amiante) واذابته ثانية في محلول كبريتاة الحديد بحامض ما حيث يقوم مقام قسم من الحديد وفقاً للمعادلة الآتية :



ثم يعاير ما بقي من محلول كبريتاة الحديد بمقياس الجرباء (mangani-métrie) حتى ظهور لون زهري ثابت و يقرأ في الجدول الذي وضعه برتران ما يعادله من السكر المنقلب .

— ﴿ جدول برتران لمعرفة كميات السكر المتقلب ، من النحاس المتبادل ﴾ —

النحاس مقدراً باللغرام	السكر المتقلب مقدراً باللغرام	النحاس مقدراً باللغرام	السكر المتقلب مقدراً باللغرام	النحاس مقدراً باللغرام	السكر المتقلب مقدراً باللغرام	النحاس مقدراً باللغرام	السكر المتقلب مقدراً باللغرام
١٤٣:٧	٧٩	١٠٥٦٧	٥٦	٦٤٦٨	٣٣	٢٠٦٦	١٠
١٤٥:٣	٨٠	١٠٧٦٤	٥٧	٦٦٦٧	٣٤	٢٢٦٦	١١
١٤٦:٩	٨١	١٠٩٦٢	٥٨	٦٨٦٥	٣٥	٢٤٦٦	١
١٤٨:٥	٨٢	١١٠٦٩	٥٩	٧٠٦٣	٣٦	٢٦٦٥	١٣
١٥٠:٥	٨٣	١١٢٦٦	٦٠	٧٢٦٢	٣٧	٢٨٦٥	١٤
١٥١:٦	٨٤	١١٤٦٣	٦١	٧٤٦٠	٣٨	٣٠٦٥	١٥
١٥٣:٢	٨٥	١١٥٥٩	٦٢	٧٥٥٩	٣٩	٣٢٦٥	١٦
١٥٤:٨	٨٦	١١٧٦٦	٦٣	٧٧٦٧	٤٠	٣٤٦٥	١٧
١٥٦:٤	٨٧	١١٩٦٢	٦٤	٧٩٦٥	٤١	٣٦٦٤	١٨
١٥٧:٩	٨٨	١٢٠٦٩	٦٥	٨١٦٢	٤٢	٣٨٦٤	١٩
١٥٩:٥	٨٩	١٢٢٦٦	٦٦	٨٣٦٠	٤٣	٤٠٦٤	٢٠
١٦١:١	٩٠	١٢٤٦٢	٦٧	٨٤٦٨	٤٤	٣٢٦٣	٢١
١٦٢:٦	٩١	١٢٥٦٩	٦٨	٨٦٦٥	٤٥	٤٤٦٢	٢٢
١٦٤:٢	٩٢	١٢٧٦٥	٦٩	٨٨٦٣	٤٦	٤٦٦١	٢٣
١٦٥:٧	٩٣	١٢٩٦٢	٧٠	٩٠٦١	٤٧	٤٨٦٠	٢٤
١٦٧:٣	٩٤	١٣٠٦٨	٧١	٩١٦٩	٤٨	٤٩٦٨	٢٥
١٦٨:٨	٩٥	١٣٢٦٤	٧٢	٩٣٦٦	٤٩	٥١٦٧	٢٦
١٧٠:٣	٩٦	١٣٤٦٠	٧٣	٩٥٦٤	٥٠	٥٣٦٦	٢٧
١٧١:٩	٩٧	١٣٥٦٦	٧٤	٩٧٦١	٥١	٥٥٦٥	٢٨
١٧٣:٤	٩٨	١٣٧٦٢	٧٥	٩٨٦٨	٥٢	٥٧٦٤	٢٩
١٧٥:٠	٩٩	١٣٨٦٩	٧٦	١٠٠٦٦	٥٣	٥٩٦٣	٣٠
١٧٦:٥	١٠٠	١٤٠٦٥	٧٧	١٠٢٤٣	٥٤	٦١٦١	٣١
		١٤٢٦١	٧٨	١٠٤٤٠	٥٥	٦٣٦٠	٣٢

٣- المواد المعدنية وتقدر بترميد المادة السكرية مع قليل من حامض الكبريت ووزن الرماد (طريقة شيلير) ويطرح من الوزن الناتج ١٠٪ للحصول على مقدار الكر بوناة . ولأجل ذلك تكشف العصارة السكرية أولاً ثم يضاف إليها بضع قطرات من حامض الكبريت الوحيد الماء وتوضع في فرن المرمدة وتسخن حتى الدرجة الحمراء فتتفج الكتلة أولاً ثم تفتدو اسفنجية ثم تحترق بسهولة وتترك رماداً أبيض فيوزن .

٤- الخلاصة الجافة : أي المواد الصلبة الذوابة بالعصارة وتقدر إما بالوزن وذلك أن يوضع شيء من العصارة السكرية في إناء واسع ويحفظ في تنور على حرارة ١٠٥ - ١١٠ مئوية ثم توزن البقية . وإما بمعرفة ثقل العصارة النوعي (وهذا هو الأسهل) بفرض أن المواد الغريبة تؤثر في الثقل النوعي كتأثير السكر نفسه وإن كان ذلك غير صحيح .

إذا كان السائل السكري قبيحاً تكفي معرفة ثقله النوعي في حرارة معلومة (٢٠ مئوية مثلاً) لتقدير كمية المواد الصلبة الذوابة فيه (أي السكر) وفقاً للجدول الذي وضعناه في البحث الأول وإذا كانت الحرارة أعلى من درجة ٢٠ مئوية تصحح درجة الكثافة المشاهدة وفقاً للجدول الخاصة الموضوعه لهذا الغرض (*)

أما إذا كان السائل السكري غير صاف كما هي الحال في جميع السوائل

(*) ترى هذه الجداول في كتاب :

Sidersky.- Les densités des solutions sucrées à différentes températures

في معامل السكر فالدرجة المشاهدة على مقياس الكثافة ليست هي الا درجة المواد الذوابة الظاهرية التي تختلف متناسبة مع الخلاصة الجافة الحقيقية . وكثيراً ما تستعمل هذه الطريقة من التقدير وان لم تكن درجتها حقيقية . وذلك لسهولة وكفايتها في المراقبة اليومية ومساعدتها على مقايسة النتائج بعضها ببعض . ثم ان بين القيمتين الظاهرية والحقيقية مناسبة فيمكن استخراج القيمتين الحقيقية من القيمة الظاهرية باستعمال النسب الخاصة الثابتة (تقريباً) في كل معمل من المعامل لاجل الحاصلات المتتالية في اثناء استحصال واحد . ولدى مقايسة هذه النتائج بالمواد الجافة تستحصل (درجة النقاوة) التي تفيد جداً لقياس محاصيل التكشيف المختلفة .

اما في المعامل التي يستحصل فيها السكر من سكر القصب فتستعمل الدرجة الفليكوزية (Quotient glucosique) بدلاً من درجة النقاوة . وبهذه النسب العديدة يمكن تعقيب سير جميع العمليات في المعمل السكري . (كتقنية العصارّة وتكثيفها وتبلير السكر) هذا ويجب على كيميائي المعمل ان يكون على علم تام بجميع الضائعات التي تطرأ على السكر في اللب المستخلصة منه المواد المذابة وفي المياه التالية الباقية في الباشرات وفي الرغوة او مياه الفصل الى غير ذلك من العمليات

الحساب الكيميائي: يدخل السكر المعمل بشكل الشوندر او سكر القصب أو غيرهما من المواد الابتدائية السكرية ويخرج الى المتجر وهو بالتركيب الذي ذاته الذي دخل به المعمل اي انه لا يطرأ عليه ادى تحول كيميائي وان كان يمر بعمليات شتى متتابعة ويتركب احياناً مع بعض

المواد المعالج بها كالفولويات الترابية مثلاً التي تتحلل بعد معالجتها بجامض الفحم . لذلك من السهل مراقبة سير السكر في جميع آلات العمل مراقبة كيميائية لمعرفة ماينتج منه وما يضيع . وهذا هو مايسنى بالحساب الكيميائي وموضوع كمية السكر الداخلة للمعمل بشكل المواد الابتدائية والخارجة منه بشكل حاصل صناعي مسوق الى المتجر وضايته المقايسة بين المصادر والوارد والسعي الى تقليل الضائعات للحصول على ناتج في الحد الاكظم لنفرض أن معملًا من المعامل يستحصل السكر من الشوندر على ثلاث بلّورات (Cristallisation) متتابة فلتقدير الحاصلات والضائعات (من السكر) في مدة معلومة من الزمن يجب ان نلاحظ أولاً ، وزن الشوندر المعروض للعمليات وعبارة السكري (Titre saccharin) لمعرفة كمية السكر الداخلة للمعمل بشكل مواد ابتدائية ؛ ثانياً ، وزن كل من الحاصلات المسوقة الى المتجر وعبارة السكري ايضاً (اي حاصلات الدفعات الاولى والثانية والثالثة والملامس) لاستنتاج كمية السكر الخارج من المعمل ، ومن الفرق بين هاتين النتيجةين يستدل على مقدار السكر الضائع في اثناء العملية .

يفقد السكر في المعمل على صورتين : قسم منه يفقد في بقايا العمليات العديدة كاللب المستخلص ، ورغوات التجريد والترويق والمياه الرواشح التالية الى غير ذلك . ويمكن حسابه بتحليل كل من هذه البقايا تحليلاً كيميائياً . وقسم آخر وهو مالا يمكن حسابه مباشرة يفقد ميكانيكياً بانجذابه وفساده بتأثير الحرارة خصوصاً عند ملاسة السائل السكري ، لجدران

انابيب التسخين . فاذا قدرت كل من كيات السكر الضائفة على هاتين الصورتين في البقايا المختلفة يرى بين مجموع هذه الضائعات و بين قيم الضائعات العامة فرق يهزي الى الضائعات الميكانيكية .

و يستحسن ان تجعل الحسابات جميعها بالنسبة الى كذا بالمائة من الشوندر المعروض للعملية لتسهل بذلك المقايسة بين الحاصلات والضائعات في زمن معين (في كل اسبوع مثلاً) .

ثبتهن بساطة الحساب من المثال الآتي :

الشوندر المعروض للعملية ١٠٠٠٠٠٠ كيلوغرام

عياره السكري ١٢٦٣٣ %

الحاصلات % من الشوندر المعروض للعملية

السكر الداخل للمعمل ١٢٣٣٠٠ ١٢٦٣٣

الكتلة المطبوخة المستحصلة في الدفعة الاولى ١٣٩٠٠٠ ١٣٦٩٠

العيار السكري للكتلة المطبوخة ٨٢٦٤٤ %

اي ان مقدار السكر في الكتلة المطبوخة المستحصلة في

الدفعة الاولى يساوي ١١٤٦٠٠ كيلوغرام ١١٢٤٦

اما مقدار السكر الضائع فهو :

١٢٣٣٠٠ - ١١٤٦٠٠ = ٨٧٠٠ ٠٣٨٧

فرق ٨٧٠٠ % هو ما يعبر عنه بالضائعات العامة

الضائعات المحسوبة (المعروفة)

في لب الشوندر المستخلص ٠٦٢٣

٠٦٠٧	في مياه الناشرات
٠٦٢٤	في الرغوات
٠٦٠٦	في مياه غسل المرشحات
٠٦٠	مجموع الضائعات المعروفة
٠٦٢٧	الفرق بين الضائعات العامة
[هذا الفرق الذي لم يمكن تقديره ينسب الى الضائعات الميكانيكية]	
٠٦٨٧	المجموع

فاجراء هذا الحساب مرة في كل اسبوع يعلم تحول الضائعات العامة ثم الضائعات الميكانيكية ويؤخذ من بينها العدد المتوسط ويجعل وحدة للمقايسة بين النتائج

توحيد طرق التحليل في معامل السكر : يعنى كيماءيو المعامل السكرية بتوحيد طرق التحليل والحساب المستعملة في معاملهم لما فيها من الفائدة الكبرى في ملاحظة مسير العمليات ومقايسة نتائج المعامل المختلفة بعضها ببعض . ونذكر فيما يلي اهم الطرق التي نشرتها مجلة جمعية الكيمياء بين الطرق الالمانية :

١ - لويحات الشوندر

اخذ النموذج = تؤخذ حفنة من اللويحات في كل عشر دقائق، من النة آلة (transporteur) أو عند مل كل ناشرة وتوضع في وعاء ذي غطاء محكم يفرغ كل ثلاث ساعات (او في كل ساعة إذا كان الشوندر فاسداً عفنًا) تخلط جيداً ، يؤخذ من هذا المزيج نموذج قدره كيلوغرام مرتين على

الاقل ونقطع اللويحات في قطاعة مشحودة السكاكين .
 فاذا اريد تطبيق المعالجة بالماء العالي يجب الا تكون لويحات الشوند.
 مبتلة ببخار الماء .

يوزج النموذج جيداً قبل الوزن .
 اذا لم يمكن اخذ النموذج على الصورة السالفة بان كان الشوندر عفناً
 جداً تؤخذ نماذج منفردة كل ساعتين او ثلاث ساعات من قطاعة الجذور
 طيلة خمس دقائق

[للبحث ثمة]

﴿ مجلة الآثار ﴾

لمجلة الآثار أثر خالد في عالم التاريخ والعلم لان منشئها ومديرها الاستاذ
 العلامة عيسى أسكندر العلوف بتعهدا بمادته الغزيرة التي لا تنضب وقد
 جاء تجزؤها الممتاز الذي نقله اليها البريد يرها نانا على هذه الروح النشيطة التي تدب
 فيها . فان معظم الابحاث التي ادرجت فيه مبتكرة لم تتناولها اقلام الباحثين منها عهدة
 السلطان سليم العثماني لرهبان دير طور سيناء . ويبحث اثري مصور لمدينة جرش .
 ومدينة بعلبك وهياكلها . وام الهة اليونان والرومان ورموزها (مصورة) من فسيفساء
 جرش وفي هذا الجزء بحث جميل عن الموشح وقصيدة فلسفية اجتماعية رشيقة المبني
 لطيفة المعنى للشاعر المطبوع السيد فوزي العلوف موضوعها شاعر في طيارة ويبحث
 ضاف عن الزلازل ونكباتها في سورية وفلسطين وكثير من الفوائد الاخرى التي
 يطول بنا تعدادها فنحن نتمنى لهذه المجلة التقدم المتتابع ونحث اديباء سورية وعلمائها
 على معاضدتها بالاقبال عليها .



مطبوعات حديثة

اطروحة الحكيم في الصيدلة السيد الياس فرح
عن الرياس

اهدى ابنا حضرة الصيدلي السيد الياس فرح اطروحة الفرنسية التي انشأها لنيل لقب دكتور في الصيدلة من معهد الطب الفرنسي في بيروت فشكرنا له هذه الهدية وطالعنا اطروحة فوجدناها دالة على التفصي والتعقيب ورغبنا في ان نوقف قراء مجلتنا الكرام على مضمونها لان موضوعها لا يخرج عن دائرة إيجائنا :

اورد في فصلها الاول لمحة عن انواع الراوند قال فيها ان هذا النبات عرف في الصين قبل المسيح بـ ٢٧٠٠ سنة ووصل الى فرنسا بمساعي البعثات الفرنسية والزراع نومان (Neuman) الذي تمكن من انبات بعض البراعم في حديقة نباتات المعهد الطبي

ويوجد عدا الراوند الصيني راوند اوروبي وراوند سوري والراوند السوري هو الرياس ينبت في مرتفعات سورية التي يسترها الثلج وبلغ ارتفاعها زهاء ١٥٠٠ متر وحصر الفصل الثاني في الرياس وحده وتاريخه فابان ان الرياس علاج شائع بين الشعب يبحث عنه اطباء العرب ونباتيوهم وصيادلتهم ومنهم بوحنه موسويه الدمشقي (٧٧٧-٨٥٧) وداود الانطاكي المتوفى سنة ١٥٩٩ في مكة الذي وصفه وصفاً بديعاً وقال عنه انه نافع

في مداواة الخفقان وضعف المعدة والكبد والطحال . والشيخ ضياء الدين ابي محمد عبدالله بن احمد الاندلسي الملقب العشاب المعروف بابن البيطار ومن مشاهير نباتيي العرب واسحق بن عمران وسندهار والبصري والشريف والرازي والشيخ ابي علي بن سينا الذي قال غنة انه يجعل البصر حاداً وينفع في معالجة الطاعون وابو المنان ابي نصر العطار ونجم الدين محمود

وقد اهتمل هذا النبات بزوال مجد العرب ونشاطهم العلمي القديم على ان اهل البلاد لم تهمل كل الاهمال بل لا يزال بعض سكان زحله وبعلبك يستعملونه كشراب مرطب وملين ومصرف ونافع في امراض الأطفال . ويبالغ الشعب في مديحه حتي انهم ينشدونه في اثناء رقصهم المعروف (بالهيك) بالآيات الآتية :

في ارض الخلة ياعرق الرياس

تداوي العلة من جو الدياس

وقد بحث في الفصل الثالث عن صفات النبات وبنائه المجهرية وفي الرابع عن مقدار المواد المؤثرة فيه وفي الخامس عن الاستنتاجات فقال فيه ان الابحاث الكيماوية التي تقضى فيها اظهرت له ان الرياس راوند متوسط بين الراوند الصيني والاوروبي ينبت في سورية وحدها ويصعب الوصول الى منبته وهذا سبب اهماله ويأمل المؤلف ان يعطى هذا النبات حقه في فن المداواة .

واطروحة المؤلف مطبوعة طبعاً متقناً ومزينة برسوم عديدة .

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق تشرين الثاني سنة ١٩٢٧ م الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٤٦ هـ

التخدير القطني في المستشفى العام

للحكيم مرشد خاطر امتاذا الامراض الجراحية ومسريراتها

تبين من الاحصاء الذي عدنا اليه قبل ان نكتب هذه الكلمة عن التخدير القطني ان الاشخاص الذين خدروا بهذه الطريقة في خلال السنتين المنصرمتين ينوفون على مائتين ولما كان لهذه الطريقة محبذون ومستنكرون وكان لها حسنات ومحاذير رغبت في ان نطلع قراء مجلتنا الكرام على رأينا فيها وهو رأي مبني على مراقبة مرضانا الذين قامت شعبتنا الجراحية بتخديرهم تخديراً قطنياً .

واننا نتكلم في بحثنا هذا عن: أ- الاستطبابات ومضاداتها ٢- عن الطريقة التي تتبعها وعن المخدر الذي نستخدمه ٣- العوارض والحوادث ٤- عن النتيجة

١- الاستطبابات ومضاداتها (Indications et contrindications) :

قد جرت العادة في شعبتنا الان نختار تخديراً قطنياً من لم يبلغ عمرهم الثالثة عشرة ولا من تجاوزوا السبعين . غير ان احد اطبائنا الداخليين الذسيه

عهدنا اليه بأجراء بعض العمليات في الصيف المنصرم خدر مريضين حديثي السن عمر احدهما اثنتا عشرة سنة والثاني احدى عشرة كما اننا اضطررنا ثلاث مرات الى تخدير شيوخ قد تجاوزوا السبعين بهذه الطريقة .

لانخدر ايضاً تخديراً قطنياً المرضى الذين لا تستغرق عملياتهم الا وقتاً قصيراً ولكننا نستعيز عنه بالتخدير الموضعي .

لانخدر تخديراً قطنياً المرضى المصابين بتشنجات عصبية ولا من اصابوا بها في ماضي حياتهم .

لانخدر تخديراً قطنياً من كان توترهم الدموي منخفضاً لان هذا التخدير منقص للتوتر ولا من كانوا نحيلي الجسم ناقمين من مرض عفاي طويل المدة او مصابين بتقيحات مزمنة او بنزف غزير او بذات الحالب (التهاب البر بطون) ولا من اصابوا برضوض شديدة ولا يزالون تحت تأثير الصدمة .

وان هذه القواعد التي تتبعها في تخديرنا قد خففت من العوارض التي يذكرها غيرنا من الجراحين ان لم تقل قد قلصت ظلها .

٢ — طريقة العمل : اننا نحقن المريض قبل التخدير القطني بنصف ساعة بخمسة وعشرين سنتغرام بنين (كافئين)

ونستعمل ابرة دقيقة ونختار في الغالب الحلاء القطني الثاني وقلما نتجاوز الحلاء الاول . ونفرغ من المائع الدماغي الشوكي ما يعادل حجم المحلول المخدر وان كنا في أكثر الاحيان لا نقيس هذا المائع المستخرج الا اننا متى رأينا المائع يتدفق تدفقاً انتظرننا ريثما يعود الى الانصباب قطرة قطرة وحققنا

بالحلول وقد لاحظنا ان التخدير لا يكون كافياً وطويل المدة متى لم تخرج من السائل كمية كافية لان المحلول المخدر يتمدد تمداً كبيراً فينقص فعلة ولهذا نشير بان تكون كمية السائل المستخرج معادلة للمحلول المخدر ان لم تكن زائدة عنه .

اما المخدر الذي نستعمله فهو الستوفائين على الرغم مما نسب اليه من المخاذير وما قيل عنه من المساوي واننا نستعمل منه اربعة سانتغرامات محمولة في اربعة سم^٣ من الماء المقطر وقلما تتجاوز هذا المقدار غير اننا قد حقنا مرة واحدة سهواً بثمانية سانتغرامات ولم نصادف اقل طارئة .

واننا نمزج المائع الدماغي الشوكي بالحلول المخدر لارغبة في المزج الذي يشير به البعض ولكن لتأكد ان ابرتنا لم تخرج من كيس الام الجافة ولا نفخن المريض في اثناء التخدير بمادة منبهة او مقوية للقلب كالايثير او الزيت المكوفر او البنين لاننا لم نحتاج الى مثل هذه المواد في سياق التخدير .

ونمتنع عن الحقن بهذه المواد بعد التخدير الا متى كانت حالة المريض تستدعيها و كان مرضه الاساسي يحتاج الى مثل هذه الحقن وانما نوصي المخدر بالصمت والسكون ونمنعه عن الكلام والتمراءة والنهوض قبل اليوم الثالث او الرابع وهذا ما يعيد الصداع قليلاً في مرضانا بعد التخدير .

٣ - - الطوارئ والعوارض :

أ - فشل اجراء التخدير : لم نصادفه الا في مرضيين فقط فقد كانا مصابين بالزور (scoliose) واما في المرضى الباقيين فكنا نتبعن من غرز

الابرة دون اقل صعوبة . امّا فشل التخدير فقد كان قليلاً ايضاً ولم نصادفه الا اربع مرات فقط ولعله كان ناجماً من الحقن بالمخدر خارج الكيس السحائي .

ب - القيء : ننسبه الى انخفاض توتر المائع الدماغي الشوكي اكثر من نسبتنا اياه الى تسهم المراكز الدماغية بالمخدر اما ظهوره في مرضانا قليل جداً لا يعادل اكثر من اثنين بالمائة ولعل الاحتياط الذي نأخذ به بانتقاء ابرة دقيقة و بوخز السحايا وخزة واحدة يخفف من هذه الطارئة لانه يمنع انصباب المائع الدماغي من الثقب الذي احدثته الابرة الواخزة في السحايا

ج - الغشي : لم نصادفه ابداً ولم نحتاج ولا مرة واحدة الى فك يدي المريض المربوطتين لاجراء التنفس الاصطناعي له . كنا نرى في بعض مرضانا المخدّرين بهذه الطريقة بعض العوارض التي يخافها الطبيب للمرة الاولى مقدمة للغشي نغني بذلك اصفرار وجه المريض وضيق نفس وضجراً وعرقاً بارداً يمال جبينه وعنته وصدره وضعفاً قليلاً في النبض وبعض الابطاء فيه غير ان هذه العوارض جميعها كانت تنقشع بعد بضع دقائق فكان يعود المريض الى حالته الطبيعية دون ان تكون ثمة حاجة الى حقنه بمقويات القلب وازضافة بعض السموم الى عضويته .

د - التخدير العام : صادفناه مرة واحدة في مريض فلم يعد يجيب عن الاسئلة التي كنا نطرحها عليه وكان يغط في نومه كمن خدر تخديراً عاماً غير ان هذه الاعراض العامة مالبثت ان انقشعت بعد ان زال فعل المخدر القطني دون ان يبقى لها اقل اثر او يكون منها اقل محذور .

هـ — الصداع نادر جداً صادفناه في ثلاثة مرضى كان صداعهم خفيفاً ثم ما لبث ان زال دون ان نوجد حاجة الى تخفيفه كما اننا صادفناه مرة واحدة وكان بها شديداً للغاية حتى اننا اضطررنا بعد قشل الوسائط العادية الى حقن ورديد المريض بخمسة سنتيمترات مكعبة من الماء المقطر فزال الصداع بعد بضع ساعات ولم يعد الى الظهور . واننا ننسب هذا الصداع الى نقص التوتر في المائع الدماغى الشوكى والى بقاء الثقب الذى احدثته الابرة في السحايا مفتوحاً وانصباب المائع منه وان هذا العارض الذى يخشاها كثير من الجراحين ويحملهم على الاقلاع عن التخدير القطني يزول متى راعوا الشروط التى ذكرناها آنفاً ولا سيما متى كانت الابرة البازلة دقيقة .

و — التفاعلات السحائية : لم نصادفها ابداً مع انها مذكورة في احصاءات الكثيرين وهي على ما نظن ذات علاقة بحالة المريض العصبية السابقة واننا نرى ان الجراح الذى يمتنع عن التخدير القطني في المصابين بأفات عصبية او في من كانوا قد اصابوا بها لا يجد اثرأ لهذه التفاعلات السحائية ونعتقد ان هذه التفاعلات لا تظهر في من كان جهازهم العصبى سليماً فعلى الجراح اذن قبل تخدير مريضه ان يعلم ما اذا كان قد اصاب بالتهاب الدماغ النوى او بعوارض سحائية كانت قد طرأت عليه في سياق مرض عفى او سوى ذلك من الامراض العصبية .

ز — نقص الطرفين العلويين : لم نصادفه ابداً وقد ذكرته الاحصاءات

الاخري .

ح — الامر (انجاس البول) : هو العارض الذى نصادفه كثيراً واننا

نقسم المرضى الذين يصابون بالامر قسمين القسم الاول ينطوي تحته المرضى الذين يصابون بالنجاس البول بعد التخدير مباشرة والقسم الثاني يضم المرضى الذين يصابون بالامر بعد التخدير ببضعة ايام

اما القسم الاول فهو ذو علاقة بالمخدر وما من ينكر هذه الحقيقة واما القسم الثاني فلا علاقة له على ما نرى به لان المريض الذي خدر تخديراً قطنياً وبال بعد التخدير يومين او ثلاثة او اكثر بولاً طبيعياً ثم طراً عليه فجأة امره لا يحق له ان يكون من الزمرة الاولى ولا يحق لنا ان ننسب امره الى المخدر بل يجدر بنا ان ننسبه الى عوامل اخرى اهمها التهاب اوردة الحوضه . لان هذا العارض بطراً ايضاً بعد التخدير العام كما يقع بعد التخدير القطني ايضاً .

اما القسم الاول فيبلغ معدله في احصائنا ٧٥ بالمائة واما مدة الامر فهي بين يوم واحد وثلاثة ايام وقد بلغت في مريض اسبوعاً كاملاً وهذا نادر على ان جميع هذه الحالات كانت تزول دون ان نترك اثرأ .

واما الامر المتأخر فلم نصادفه في مرضانا مطلقاً

ط - - الخشكر يشات المعزبة : لم نصادفه ابدآ مع ان الاحصاءات الاخرى

تذكر منها بعض الحوادث .

ي - الشلل : لم نصادف في مرضانا وقد قل من يذكره اليوم بعد ان ترك الكوكابين ولم بعد مستعملاً في التخدير القطني لانه على ما نعتقد مسبب من سمية المخدر وكبر الكمية المستعملة في التخدير . وان الاحصاءات القديمة حافلة بذكر شلل الطرفين السفليين وشلل محرك العين العام وقد

رأينا منه حادثة شلل في الطرفين السفليين واحدة حين كنا ندرس الطب
وكان المخدر المستعمل حينذاك الكوكايين .

ل - الموت : ان احصاءنا خال والحمد لله من هذه الطائفة الفاجعة
لسنا ننكر ان احصاءنا قليل جداً ولا يصح ان يعد مستنداً في نفي طائفة
كهذه غير ان الاحصاءات الاخرى التي تذكر لنا الوفاً من التخديرات
لا تبلغ فيها نسبة الموت اكثر من $\frac{1}{3}$ وهي نسبة قليلة جداً قلما تخلو منها
طريقة من طرق التخدير العام .

٤ - النتيجة : التخدير القطني طريقة حسنة خالية من الخطر متى
روعت فيها القواعد . نوصي زملائنا باستعمالها لان التخدير فيها تام شبيه
بالتخدير العام ولانها تغني عن شخص ثالث قد لا يكون موجوداً ولانها
لا تصدم المريض كما يصدمه التخدير العام .



ضياح المنزج (Asymbolie) الوحيد الجانب

المسبب من التهاب الشريان الافرنجي

للحكيم نواب استاذ في المعهد الطبي وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

أرسل س . ج . أحد افراد الفرقة البحرية في جيش الشرق الى
مستشفى القديس يوحنا في بيروت لمعاينة جهازه العصبي وقد كتب على
الورقة التي ارسلت معه « تحت المشاهدة: اختلالات الحس في اليد اليسرى »
وبعد معاينته تبين ان في طرفه العلوي الايسر ضموراً عضلياً
لا يكاد يدرك حذاء كتفه وعضده وساعده وان هذا الضمور واضح حذاء
يده حيث كانت الضربة والالية^(١) وفواصل ما بين العظام منخمصة مسترخية .
وكانت قوة الطرف العضلية نافصة نقصاً لا يناسب الضمور العضلي الذي
اصاب العضو . ولم يكن اقل تشوش في الحركات الطوعية، ولم تر تقلصات
لييفية ولا عجزاً عضلية . ولم نجد حين حركة انتقال اليد الى الانف ارتعاشاً
ولا تشوشاً في المطابقة ولا اختلافاً جانياً في التناظر وانما وجدنا ضللاً
في الاستقرار لان اليد لم تكن تلامس الانف وانما كانت تحوم حوله بعيدة
عنه بضعة سنتيمترات وان افتتاح العينين لم يكن يصلح هذه الوضعة المعوجة

(١) الضربة اللحمة تحت الابهام وهي التي تقابل الالية في الكف فتكون الضربة

ترجمة (éminence thénard) والالية ترجمة (éminence hypothé-
(nard)

وكانت الانعكاسات الكمبرية والزندية حادة وتشوشات الحس متصفة بنقص شعور اليد والساعد بالحرارة والبرودة وكان يُشعر بالوخز الخفيف كما كان يشعر بالحرارة والبرودة غير ان هذا الوخز كان مؤلماً جداً . ولم يكن حس الاوضاع مشوشاً الا اجزاء اليد حيث لم يكن يشعر المريض بانعطاف السلاحيات المنفعل واما الحس بالوزن والحجم والخشونة والملوسة والمادة التي تتألف منها صفات الاشياء الظاهرة فكانت سليمة غير ان المريض لم يكن قادراً على تسمية الشيء الذي كان يفحصه باعتناء كبير واثباته شديد . وكانت اليد اليسرى باردة بعض البرودة ومزقة بعض الازرقاق . وكان يستخدم المريض يده اليمنى وهو موسيقي ماهر يقرع على آلة الطرب المسماة (Basse) التي تحمل اليد اليسرى عملاً شاقاً وقد كانت تصاب هذه اليد في الاونة الاخيرة بمذل مؤلم حين القرع وقد اعترى المريض مذل شديد بعد ان انفعل انفعالا نفسانياً شديداً به افكاره الى التشوش المصاب به وكان قد اصيب بهذا المذل المؤلم في يده اليسرى نفسها منذ سنة غير ان مذله زال بسرعة ولم يبق له اثر حينذاك . ومع ذلك فلم نلاحظ اهداءاً لاما طوعية حقيقية . ولم تكن العضلات مؤلمة بالضغط وقد دلت معاينة الاعصاب والعضلات الكهربائية ان التفاعلات طبيعية اما الطرف العلوي الأيمن والطرفان السفليان والجذع والبطن فلم يكن فيها اقل تشوش في الحركات او الانعكاسات او المطابقة او الحسيات الاخرى . وكان المشي طبيعياً ولم نجد علامة رومبرغ ولم يوقفنا فحص الاعضاء السائرة الا على نقص خفيف في الحرس (matité) الكبدي

و بعض الخراخر في الرئة اليسرى و بعض الاحتكاكات الجنينية في القاعدة
اليمنى و فرقا في التوترات الوعائية :

اليمنى	اليمنى
التوتر الاقصى	١٤٦٥
التوتر الأدنى	١٠٦٥
	٩٦٥

وقد فهمنا من استفسار المريض ان اياه بحري وانه عاش مدة طويلة
في المستعمرات ومات في الخمسين من عمره و كان موته مسببا من احد
امراض الكبد الذي لم يكن للكحول علاقة به . وان امه حية ، عمرها الآن
ستون سنة ، اصابتها حتى الآن ثلاث هجمات فالج شقي (*hémiplegie*) فجائية
وقد شفيت منها بعد ان عولجت . وانها لم تسقط وانه لم يميت من اخوته
او اخواته احد في الطفولة الأولى واما المريض نفسه فلم يصب الا بالسيلان
(حوقة البولي) ولكنه يصاب في الغالب بصداغ وقد تحققنا ان حدقته
غير متساويتين وان علامة ارجيل رو برتسون واضحة فيه وان مائه الدماغي
الشوكي يحتوي على خمس خلايا في الملمتر المكعب و ٦٨ ، ٠ سنتغرام مسكر
و ٢٢ ، ٠ سنتغرام آحين . وان تفاعل واسرمان فيه كان سلبيا غير انه بعد
ان نشط (*réactiver*) دمه بالارسنو بنزول عاد تفاعل واسرمان ايجابيا بعد
بضعة ايام ،

.....

لنساءل بعد ايراد هذا المشهد السريري عن المرض الذي يترتب علينا
ان نفكر فيه ؟ اذا اعتدنا بالضمور العضلي الاصبعي فقط كان لنا ان نفكر

في عرض ارن دوشان وهو في بدئه . غير ان الضمور العضلي حسب نموذج ارن دوشان الوحيد الجانب لا يشاهد مطلقاً الا في ثلاث حالات : في التهابات الاعصاب والتهابات الجذور العصبية (radiculite) وفي التهاب النخاع الشوكي المنتشر (poliomyélite) الامامي المزمن وفي ذات العضلات (myopathie) نموذج غوفارس (Govers) الاصبعي . اما التهابات الاعصاب والتهابات الجذور العصبية والتهاب النخاع الشوكي المنتشر فنتر كها جانباً لأن الضمور العضلي في مشاهدتنا لا يكاد يكون موجوداً ولأن الآلام الطوعية أحيان ضغط العضلات . مفقودة ولأن الانعكاسات الوثرية . متنبهة . والتفاعلات الكهرية طبيعية . واما التهاب العضلات فنستبعده ايضاً لأن العجز العضلية لا وجود لها ولأن تفاعل جولي مفقود ولأن الانعكاسات متنبهة . فلا بد اذن من اقرار تشرىج هذه الآفة المرضي في المحور الدماغي الشوكي خارجاً عن ناحية العمدة السنجاية الامامية للنخاع الشوكي . وان خلو المريض من علامات الشَّهَام (tabès) والتصلب اللويحي وناسور النخاع الشوكي (syringomyélie) يدل دلالة صريحة على ان النخاع الشوكي لا يصح ان يكون السبب في هذه الآفة . وان تحليل الاعراض المتنوعة التي اصيب بها المريض يمكننا من اقرار الآفة . ان مريضنا كان مصاباً بضباب مزج (asymbolie) واضح فان مشاهدته لم تبد لنا اقل تبدل تشترك فيه المراكز الحركية والحسية في منتصف الدماغ (Mésocéphale) فحق لنا ان نفترض عن هذه التبدلات العصبية في العالي ان ضباب المزج في مريضنا ناشئ اذن من الدماغ وان نقص الحس العميق

والحس بأوضاع قطع الجسد بباثنان بقاء بعض الانواع الاخرى من الحسيات لأن الحسيات السطحية بالألم والحرارة لم تبدل فيه ولم تتمعه من معرفة الصفات الاشكالية المتنوعة التي يتصف بها الشيء الموضوع في يده فإنه كان يقدر وزنه وحجمه وحرارته او برودته . وبعبارة اخرى كان يتمكن من معرفة هوية الشيء (اذا صح لنا هذا التعبير) معرفة ابتدائية . ومع ذلك فقد كان المريض يخطئ في معرفة بعض الاشياء وعبثاً كان يحاول بانتجاع صفاته توصلاً الى معرفته . وان ضياع المزج هذا يشبه بعض الشبه ضياع تمييز الاشياء (apraxie) واشترك ضياع المزج وضياع تمييز الاشياء في هذه المشاهدة التي نوردها كافي لاناارة هذه الحادثة . فان ضياع تمييز الاشياء الواقع في اليسار موجود في دائرة ضياع تمييز الاشياء الفكرية الحركية (apraxie idéomotrice) ولا يخفى ان مركز الصور الفكرية الحركية واقع حسب قول المؤلفين في الفص الجداري او الجبهي من الدماغ الايسر فلكي نتوصل الى تعليل ضياع تمييز الاشياء في اليسار يجب ان نقر بوجود آفة في الألياف التي تصل مركز الصور الحركية الايسر بالمركز الذي يمثله في الجهة اليمنى خلال الجسم المثني . وان انقطاع هذه الالياف عن الوظيفة يوقف مجرى التعليمات الصادرة من الفص الايسر ويترك الفص الأيمن حراً في تصدير تعليماته فيقع هذا التشوش وهذا النقص في اصدار التعليمات ويكون منها ضياع تمييز الاشياء في اليسار وان لدينا تعليلاً آخر شبيهاً بهذا لا يوضح امراض ضياع المزج المصاحب ان مركز الصور اللمسية كائن في التلفيف الجداري الصاعد حسب ورنيك وكامبل وفي القسم الخلفي من التلفيف

الجداري العلوي حسب رنار فيكون ضباب المزج الايسر في مريضنا ناشئ من انقطاع الاتصال بين مركز الصور المسمية في الفص الجداري الايسر وبين المركز نفسه في الفص الايمن . وتكون آفته قد اصاب الالياف المزهرية القشرية (thalamo-corticales) اما سبب الآفة فيسهل فهمه لأنه ناجم من نلين مسبب من التهاب الشريان الافرنجي الذي اصاب بعض فروع شريان سلفيوس الأيمن الصغيرة . وان من المريض (٤٠ سنة) وازدياد البلمفيات (lymphocytes) في المائع الدماغي الشوكي ازدياداً خفيفاً وإيجابية تفاعل واسرمان وعلامة ارجيل رو برتسون ، واصابة والدته بالعالج الشقي كل هذا دليل على وجود الافرنجي الدماغي . وان نوب المذل واشتداد هذه النوب حين الانفعالات النفسانية لاتدع مجالاً للشك في ان منشأ هذه الآفة شريانية وان تحسن هذه الاعراض منذ مكافحتها بالمعالجة الزئبقية الزئبقية لا كبر دليل على صحة ما نقول .



مؤتمر الجراحة الفرنسي

للحكيم لومر كل استاذ السريريات الجراحية واحد اعضاء الطيران الفرنسي الجراحي
ترجمها الحكيم مرشد خاطر

يجتمع كل سنة في السبة الاولى من شهر تشرين الاول اعضاء الطيران
الفرنسي الجراحي و يعقدون مؤتمراً في باريس لسماع التقارير التي عهدوا
بتدريجها الى ثلاثة منهم و يرفعها الى مؤتمر الجراحة المنصرم و ينتخب هؤلاء
الاعضاء الثلاثة من سائر الاعضاء لأن زملاءهم يجدون فيهم المقدرة العلمية
على معالجة ثلاثة موضوعات جراحية والبحث فيها بحثاً دقيقاً حسبما
يقضيه العلم الحديث . وبعد ان يسمع الاعضاء المجتمعون تقارير المتخبين
الثلاثة يناقشونهم فيها مناقشة علمية .

و ينتخب الرئيس في جلسة عامة من اعضاء باريس او من اعضاء المدن
ال اخرى و يفتح بعد انتخابه المؤتمر بخطبة يعالج بها موضوعاً متعلقاً بالجراحة
او بامور اخرى يكون قد درسها واختبرها اختباراً طويلاً .

عقد مؤتمر هذه السنة بعد الظهر في مدرج مدرسة الطب الكبير
خصصت ساعات الصباح بزيارة المستشفيات والنظر الى العمليات النادرة
التي كان يقوم باجرائها رؤساء الشعب امام زائريهم . وقد غصت قاعات
العمليات التي اشتهر جراحوها بالجراحين الاجانب حتى انه تعذر على من
كان يرغب في الاستفادة ان يرى ساحات العملية ان لم يكن قد اتى القاعة

باكراً واحتل محلاً قرياً وقد عقد المؤتمر السادس والثلاثون هذه السنة في الثالث من شهر تشرين الاول وكان رئيسه الاستاذ باغونيه من بوردو فافتتحه بخطاب موضوعه علاقات السرييات بالمخابر في الجراحة . فبين فيه اولاً أن الجراحة الحديثة مدينة بكيانها للمخابر فلولم يأت باستور ويكشف ذلك العالم الحفي المجهري وبين الدور الذي يلعبه لكائنات الجراحة لاتزال تحتبط حتى يومنا الثقبحات والحرة والكزاز .

واننا مدينون بهذا الانقلاب الذي رفع مستوى الجراحة وابلغها شوطاً بعيداً بمحور الثقبحات الجراحية للمخابر التي فتح ابوابها باستور : فيترب على الجراحين ان يذكروا ابد الدهر هذا النافذة لأن جراحة الاحشاء كانت لاتزال في طي الخفاء لولا كشافه العظيمة التي مكنت الجراحين من ولوج جميع نواحي الجسد باطمئنان .

فقد كشف لنا فن الجرائم العوامل المرضية المسببة للأمراض العفنة وزودت المخابر والسرييات ايضاً بطريقة التلقيح والمداواة بالمصول وجاء كشف روتجن للأشعة المجهولة فالتى ضياءً جديداً ساطعاً على السرييات واثار منها ما كان غامضاً ثم اتى بطرس كوري وقرنته فكشفنا الراديوم وادخلا طريقة في المعالجة ذلت كثيراً من الصعوبات وشفّت عدداً عديداً من الأمراض .

كيف لا والاشعة المجهولة مكنتنا من دوس دقائق الكسور وأرتنا امراض العظام واضحة جليلة فشخصنا بها الآفات التي كان يتعذر علينا بدونها الوصول الى معرفتها . وظهرت لنا الاجسام الاجنبية والجهاز الهضمي

وأفاته الجراحية والمرارة وجوف الرحم ونفيريها والقصبات والرئتين
والقناة الفقرية

وجلا التشريح المرضي من الغوامض الامور الكثيرة فاننا قد توصلنا
باقتطاع القطع من الآفات والاورام وبمعاينتها معاينة تشريحية مرضية
وبالمعاينة الجرثومية المقصودة وباستنبات الجراثيم وبتلقيح الحيوانات الى
اكمال معلوماتنا وتشخيص امراض كان لا يزال عليها ستار من الغموض .
ومعاينة الدم مكنتنا من تحليل السبب في انتفاخ العقد البلغمية وضخامة
الطحال وكانت لنا عوناً على تشخيص التعفنات الحادة كافة ولا سيما التهاب
الدليل الدودي وتفاعل بورده واسرمان وو ينزغ و بوتالمو وتفاعلات التلازن
كافة ادبت الى السريريّات خدماً لا تخاصي .

ولسنا ننسى ما قامت به الكيمياء من الاعمال فانها بمعاينة البولة في الدم
وقياس حموضته التي تقوم بها الاعضاء كافة ابدت لنا درجة مقاومة المرضى
وساعدتنا على تحضيرهم تحضيراً حسناً لتحمل العمليات الجراحية .
فيجب اذن ان يكون المخبر والسريريّات في ايامنا الحاضرة يداً واحدة
في العمل لان الجراحة لا تقوى على الحياة بدونه ولان الجراح اليوم لم يعد
قادراً كما كان جراح الامس على ان يعيش عيشة مستقلة .

غير ان المخبر لا يكفي وحده للقيام بالاعمال ولكن على السريريّات ان
تبقى محافظة على مقامها الرفيع السابق لابل عليها ان توسع منطقتها . ان عالم
السريريّات في ايامنا الحاضرة قد توسعت دائرة عمله لانه قد اصبح حكماً
في جميع الوسائط الجديدة التي يضعها المخبر بين يديه فعليه ان يتحقق

قيمتها بما تقدمه له السريري يات من البراهين الدامغة وعليه ان يضع امام عينيه
ابداً هذه العبارة : ان الكشف التي قامت المخابر بايجادها لا تزال محتاجة
الى السريري يات لتثبت فائدتها . وان للسريري يات الكلمة الاخيرة .

والسريري يات في فن المداواة حق الجزم معها كثرت الاختبارات على
الحيوانات وتعددت البراهين لأن الشيء الذي يعول عليه انما هو فعل هذه
المعالجة في الانسان . وعليه كان لابد لكشوف المخابر من المرور بالانسان
ليختبر فعلها فيه . والسريري يات هي التي تثبت النتائج في جراحة العصب
الودي وهي التي تمكنتنا من معرفة خلقة (فسيولوجيته) وليس للمخبر فيها الا
العمل القليل . وهي التي تمكنتنا في اكثر الاوقات من الجزم في الانذار الحقيقي
فان اختبار الجراح متى كان ازاء حادثة تسم دموي او رض كبير يميل عليه
الانذار اكثر مما يميل عليه التحريات الحيوية او الطبيعية او الكيماوية .

وعدا ذلك فكم تكون تحريات المخابر سلبية مع ان المرض ثابت
لا يشك في وجوده وكم تكون اسباب الخطأ عديدة لو تمسك الجراح او الطبيب
بمقررات المخابر وحدها . فمما يكن المخبر مجرأ ام تحريات طبيعية كيماوية
ام حيوية ام نوعاً آخر من انواع العلم الحديث فلا بد له من ان يكون خاضعاً
لتمحيص السريري يات . فكما ان السريري يات لا تقوى على الحياة مستقلة
عن المخبر فليس للمخبر ايضاً ان يقوى على الحياة مستقلاً عن السريري يات
فالسريري يات والمخبر اخوان لا يفترقان تربط احدهما بالآخر ربط لا تنفصم
ولا بد من اجتماعهما في ممارسة الجراحة اليومية كما في حل اغمض المسائل
الطبية . اما في الممارسة اليومية فالمقام الاول للسريري يات لأن الممارس

يمكن بما علمته اياه السريريات من تأليف الاعراض وجمعها والوصول بهذه المجموعة الى كشف المرض او بما اوحى اليه من تحليل الاعراض وفرضها تمييز الادواء التي تتشابه اعراضها . قلنا ان الممارس يتمكن بالجمع والتحليل من الوصول الى غايته اما المخبر فينتظر منه كشف الستار عن الامراض (pathogénie) الذي لا يتزال السريريات عاجزة عن حل لغزها . واللا محالة الى الممارس بعد كشف السبب بالطرق الدوائية التي يترتب عليه اتباعها .

وبعد ان انتهى الرئيس خطابه الذي قوطع مرات بالتصفيق الحاد والذي لم تثبت منه هنا الا خلاصة الخلاصة نهض الموسيو اوفراي فأبى الاستاذ لودوتي الذي خلف الاستاذ غيون في رئاسة هذا المؤتمر والذي مر على موته اقل من سنة وانتهى وزير علم الصحة سلسلة الخطب بكلام لحنه وسداه اطراء العلم والفيرة والعواطف السامية التي يتصف بها الجراحون واننا نورد بعض ما جاء في خطابه :

« انكم ايها السادة الجراحون تؤلفون مع زملائكم الاطباء جيشاً غايته الدفاع عن البشرية المتألمة بشجاعة لا تعرف الجبن وبهمة لا تعرف الكلل وبقلب رقيق صلب يحسن وضع الرقة في مقرها والصلابة في مكانها . وابكم لا تبدأون بالحركة والعمل الا في الاوقات الحرجة . فاما ان يتقهقر الموت امامكم او ان يغلب العلم على نفسه فينتصر الموت وهذا ما يؤلم نفوسكم . وان هذا الواجب الذي امثل امام عيونكم يدعوكم الى التقدم بجسارة فائقة فتسلكون طريق اللحوم البشرية توصلاً الى المرض فتستأصلونه وتسحقونه

وتحنون رؤوسكم حينئذ فوق ذلك المعترك الذي تتعاقب فيه انفاس الحياة والموت المنقطعة كأنهما يتنازعا ن البقاء ثم ترفعون رؤوسكم وقد بدت عليه علامات الاتئصار غير ان الشحوب لا يزال مرئساً عليه والشحوب دليل ذلك العراك وتعلمون ان الغلبة قد تمت لكم وانكم اعدتم الى الحياة ذلك الكيان الذي كان يهدده الموت . وان خير مكافأة على جهادكم انما هو فرحكم بنجاة مريضكم وهل من فرح اسى من هذا؟ بحفظكم للحياة تشعرون ببعض العظمة لأنكم تكونون قد عاضدتم سبب الحياة الذي لا يدرك ومبدأها الذي لا يزال خفياً وعملتم على ابقائها : فتعدون انفسكم مبدعين .

وبعد ان ابدى الوزير الى جميع الجراحين غرباء كانوا ام فرنسيين عاطفة الاعجاب اضاف الى كلامه ان النجاح في هذا المسلك والتبريز في هذا الفن يستدعي عدا العلم واتقان الطرق الجراحية والاختبار الطويل والممارسة المديدة امراً آخر لا تلمسه اليد يعني به الرفق الى ان قال :

« انكم في الرفق وان هو الا زهرة من ازهار النفس قد اذبلتها موموم الا لم تجددون ايها السادة الشجاعة التي لا بد لكم من الاتصاف بها في ممارسة مهنتكم الشاقة انكم منه تستوحون ذلك الميل الذي لا يغلب لا الى تطبيق مقررات العلم على مرضاكم تطبيقاً بالغاً اقصى درجات الاتقان والمهارة فقط ولكنكم تستمدون منه النشاط ايضاً فتدأبون دائماً مستمراً على اعلاء العلم وتسيره في طريق التقدم . وان الطرق الجراحية تحسن تحسناً دائماً بفضل جهادكم وقد جئتم اليوم فاجتمعتم في هذا المكان الذي نحوم حوله ذكر يات

عظيمة لتوحيد طرقكم وثأليها .»

وقد عقد المؤتمر عدا جلسته هذه الافتتاحية جلسة اولى للعمل خصصت بقراءة تقرير لاردينوا من باريس وميلهول من مرسيليا والمناقشة فيه وموضوعه « التهاب ماحول الكولون والتهاب الثروب المزمن »

وقد تناقش المؤتمر في الجلسات التالية بالتقريرين الاخرين وموضوع اولهما التحفيض (drainage) في جراحة البطن (لكادنه من باريس وباتل من ليون) . وموضوع الثاني استطبابات قطع العصب الودي حول الشرايين (sympathectomie péri artérielle) في آفات الاطراف ونتائجه (للاريش من ستراسبورغ وروبينو من باريس)

واننا منذ ذكر ملخص هذه التقارير في ابحاث خاصة مقبلة . وقد عرضت اسلاك (films) جديدة على الاعضاء عن الاكياس المائية وبعض طرق التطعيم وخلوع الفخذ والخص و عرضت ايضا بعض الآلات الجديدة وقد انتخب المؤتمر في اجتماعه العام قبل انقراط عقده الاستاذ غوسه من باريس رئيسا للمؤتمر المقبل واقترح البحث في الموضوعات الآتية :

١- التخدير القطني (آخر ما وصلت اليه هذه الطريقة) وانتخب للكلام فيه فورغ من مونبليه وتويه من باريس

٢- النتائج البعيدة لمعالجة قرحة الاثني عشري معالجة جراحية وانتخب للكلام عنها الدكتور من ليون

٣- العواقب البعيدة للحجج (trépanation) المجمعة في الافات
الرضية وانتخب للكلام فيها مازونه من باريس (فال دوغراس) وباتي دوتاي
من باريس

وجلسات المؤتمر طيبة يحضرها كل سنة عدد عديد من المستمعين الذين
يؤمنون بباريس من البلدان الشاسعة . ويعرض فيها كل ما يتعلق بالجراحة من
الآلات الجراحية والاجهزة الشعاعية وادوات التضميد وسوى ذلك .
وبعد ان يحضر المستمعون والاعضاء هذا المؤتمر من جميع اقطار
العالم ويستنشقون هواءاً واحداً وتظللهم سماء معهد طبي واحد يعودون الى
بلدانهم وقد تعرف بعضهم الى بعض وفي جعبتهم اشياء جديدة ينفعون بها
مريضهم وفي نفوسهم ميل الى حضور المؤتمر في السنة المقبلة .



فص الغدة النخامية الامامي

للحكيم شوكة موفق الشطي استاذ في المعهد الطبي بدمشق

درس العلماء في هذه السنوات الاخيرة تأثيرات خلاصة فص الغدة النخامية الخلفي في العضوية فثبت لهم ان هذه المادة تؤثر في الرحم فتقلصها وتوقف نفث الدم وتدر البول الى غير ذلك من الخواص التي جعلتها في مصاف الادوية الناجعة في فن الطب الشريف وقد اهمل امر الفص الامامي على الرغم من ان بناءه غدي لان فيه خلايا متنوعة وبخيرات مادة نظيرة الغراء متكثلة تنصب في شبكة وعائية مرصوفة وقد نبه النسيجيون الى ان هذا المنظر يدل على نشاط افرازي في خلايا الفص المذكور . ولكن ماهو هذا الافراز ياترى ؟ وبم يقوم من الاعمال في العضوية ؟

اول ما عرف عن اعمال الفص الامامي هو تأثيره في النمو وفي نشاط الاعضاء التناسلية وقد غذى بعضهم صفادع وجرذاناً وضيفدعات طعموها بخلاصة الفص المذكور فلاحظوا ان نموها كان اسرع من النمو الطبيعي (P.E et L.P.Smith ب . ل . ول . ب سميث)

استأصل المجربون غدة بعض الحيوانات النخامية فشهدوا توقفا في نموها الا اذا غذيت الحيوانات بالغدة المذكورة او طعمت بها (ب . و . سميث P.E.Smith) والآن (Allen) ويعتقد سميث ان للفص المتوسط دخلاً في تلون الصفادع التي اجري تجاربه فيها وقد غذس

اولنهوث (Ulenhuth) بعض انواع السمندر بالفص الامامي وحده
فرأى انه ضخيم وعاد عرطلياً وقد بلغ قياس خمسة منها ٢٦ سم في حين ان هذه
الانواع لا تقيس اكثر من ٢١ سم في الحالة الطبيعية .

وحقن لونغ (Long) وايفانس (Evans) بعض الجرذان اليافعة
بهذه الخلاصة فضخمت اكثر من غيرها .

وسمى بر. روبرتسون (Br. Robertson) الى فرز مادة الفص الامامي
المؤثرة فاستحصل عنصر اسماء التتالين (tételine) ادعى انه ينشط نمو
العصل (squelette) ويسرع نديب الجرح وذكّر لربوله (Lerboullet) ان
النفاشين^(١) المصابين باضطراب الغدة النخامية يزداد طولهم بضعة سنتيمترات
متى اكلوا الفص الامامي وقد اثبت رأيه بوضع حوادث منها ان احدهم ظالت
قامته سنتيمترين في بضعة اسابيع وشاهد كستنر (Kestner) وليشوس بلوت
(Lieheschutz- Plaut) وشادو (Schadow) حطيئة^(٢) له من العمر
١٩ سنة فبلغ طول قامته ١٥٠ سنتيمتراً بعد ان كان ١٤٢ وبعد استعماله
الفص الامامي ٤ سنوات فنمت خصيه وازداد شبقه وبدأ فيه الدفق
بعد الاتعاض وذكّر كستنر حادثة امرأة يائسة عاد طمئنها بعد ان عولجت
بمناصر الفص الامامي . واليسر (Lisser) ايضاً مشاهدات تؤيد ذلك
اقر الجميع بوجود علاقة بين نمو الاعضاء التناسلية والفص الامامي

(١) (النفاش والنفاشي) القصير جداً اقصر ما يكون من الرجال الضعيف الحركة

كما جاء في كتاب النهاية في غريب الحديث لابن الأثير

(٢) الحطيئة : الرجل اليميم القصير

ولكن الاخذ والرد كثيران حول هذه العلاقة ويقول لونغ وايفانس ان الاعضاء التناسلية تضخم وتكثر الاكياس الموتينية والاجربة في المبيض ولكنها تعود عاجزة عن ان تتضخم . اما سميث وزوندك (Zondek) واشلم (Aschleim) وبروها (Brouha) وسيمونه (Simonnet) فلا يجارون الحرج المذكور في رأيه لانهم رأوا ان الفص الامامي يسرع البلوغ الذي يتم حينئذ في الجرذان بعد فطامها بخمسة الى ستة ايام وان الجرذان الياسة اطمئت وتضخم اجربة غراف فيها متي عولجت بالفص الامامي وان للفص الامامي تأثيراً في حوادث التطور ولا سيما تطور الشحوم وينسب بلو (Plaut) الحظب^(١) الذي لم تبد له علاقة بالغدة الدرقية الى اضطراب فص الغدة النخامية الامامي ولعل نقص وزن مرضى روبلي (Roblée) وليسر على اثر اكل الفص الامامي ناجم من شدة احتراق الشحوم وان مشاهدات راي (Réy) الثلاث الآتية عن تأثير الفص الامامي الدوائي في اضطرابات التطور التي تطرأ على المصابات بالدنف (cachexie) النخامي (اي داء (Simmonds) سيموند) لغريبة تظهر غموض هذه القضية التي لم تبدد اشعة نور العلم ظلمتها حتى اليوم تبديداً كافياً

عمر مريضة (راي) الاولى ٣٤ سنة تزوجت ولها من العمر ٢١ سنة وحملت ست مرات في سبع سنوات . اعترافها على اثر الولادة الاخيرة نزف غزير واغماء اضنيها وجعلها ضئيلة وقل طمئنها الى ان انقطع في

(١) الحظب : هو السمن وامتلاء البطن

الحادية والثلاثين . وقد اضطرت المريضة الى ترك اعمالها من جراء الضعف والاسى والبلد^(١) الروحي المتزايد الذي اعترافها وقد نقص وزنها ٢٠ كيلاً وشحب لونها وشاخ منظرها وتجدد وجهها وسقطت اسنانها وشعر حاجبيها واهداها وباطها وعانتها واصبحت عينية^(٢) وبقي حالها على هذا المنوال رغم المداواة الدرقية واستعمال الأدوية المتنوعة فبدأ رأي سنة ١٩١٨ باعطاء مريضته هذه فصاً نظراً من غدة البقر النخامية الامامي في كل يوم خمسة اشهر فتبدلت حالة المريضة بدلاً محسوساً فنضرت^(٣) ونشطت وعادت الى مراولة اعمالها وازداد وزنها ٦ كيلات .

ثم تركت المداواة فنكس مرضها وساءت حالتها ونقص ثوتها الشرياني فاصبح الحد الاقصى ٧٦٥ فاستعملت اذ ذاك خلاصات كسترن (من همبورغ) حقناً تحت الجلد وجرعاً فتحسننت حالتها في بضعة ايام وازداد التوت حتى اصبح حده الاقصى ٩٠٥ ونهضت المريضة من فراشها في اليوم الثاني عشر من المداواة واستمر هذا التحسن واخذ شعر حاجبيها وجسدها بالنبت وقد اكتفى بعد ذلك بمعالجتها بطريق الفم وحده .

وتختلف المريضة الثانية التي سنذكر مشاهدتها عن الاولى بكونها حظية (سامة) لما من العمر ٣٥ سنة حملت ست مرات في ست سنوات وقد تلا الوضع الاخير زف غزير ثم اصبحت ضهياء^(٤) وسمنت حتى

(١) البلد : ضعف حتى في الجري

(٢) المرأة العينية هي التي لا تشهي الرجال

(٣) نصر : تم وحسن

(٤) الضهياء : هي المرأة التي لا تحيض « الصحاح »

ظن عارفوها انها حمات الا انها كانت تضع في ذاك نشاطها وذكاءها ورغبتها في الحياة واصبحت عينة وسقطت اسنانها وتناثر شعرها وكانت تنام نوماً مستمراً واعتراها فقر دم وازدادت ايوزينياتها $\frac{1}{2}$ ونقص التطور الامامي فيها فعولجت بالفص الامامي حقناً وجرعاً فبدأت تتحسن وزالت عنها الاعراض بعد مدة وجيزة

وحادثة المريضة الثالثة تشبه الثانية لما من العمر ٣٦ عاماً اصبحت في حزيران سنة ١٩٢٢ بنزف نفاسي انقطع على اثره طمئها فاستعملت ادوية متنوعة بدون جدوى وقد عولجت في نيسان سنة ١٩٢٧ بهش الغدة النخامية الامامي فتحسنت حالتها.

يتضح من ذلك ان هذه المادة الدوائية مهمة في المداواة ومهما تكن الآراء متضاربة في صدها فلا بد من تجربتها في امراض متنوعة :
في اضطرابات نمو الصقل (squelette) والجهاز التناسلي والتطور العام .
(métabolisme)



فحص السائل الدماغي الشوكي

٣

للعقيد حسني صبح رئيس السريريات الباطنة في المعهد الطبي العربي

٤ - الفحص الجرثومي (examen bactériologique)

ان الجراثيم التي قد تكون في السائل الدماغي الشوكي هي :
 المكورات السحائية ونظيراتها (meningococques et parameningococques) (bacilles typhiques ونظيراتها)
 (paratyphiques) والمكورات الرئوية (pneumococques) والمكورات
 العقيدية (streptococques) وعصبة كوخ ولا يخفى ما للثعبين نوع الجراثيم
 المسببة لالتهابات السحايا من الاهمية لان التشخيص والابذار يبينان على
 هذا الفحص . وسنأتي على ذكر فحص هذه الجراثيم المذكورة تباعاً .
المكورات السحائية ونظيراتها : هي عوامل التهاب السحايا الدماغي الشوكي
 الحاد الذي قد يشفى باستعمال المصل الخاص بكل نوع من انواع المكورات
 السحائية متى كان المرض في بدئه فتعين نوع المكورات السحائية في كل
 مريض امر لامندوحة عنه يمكن الطبيب من مكافحة المرض بالمصل المضاد
 له . اما استعمال المصل المتعدد القوى (polyvalent) فلا يجدي نفعا
 و يجوز استعماله فقط بعد البزل القطني الاول وقبل ورود الجواب من المخبر
 فيستنتج من كلامنا السابق ان فحص المكورات السحائية الجرثومي

يتم بعمليتين اولاهما كشف المكورات السحائية بالفحص البسيط .
وثانيتهما استنبات السائل الدماغي الشوكي لتعيين نوع الجرثوم السحائي .

أ - كشف المكورات السحائية : يصعب كشف المكورات السحائية في سائل البزل الاول لندرتها فيه الامر الذي يستلزم التدقيق الشديد والصبر المديد .

ويشترط ايضاً في أخذ السائل ان يجمع في انبوب معقم وان يكون السائل خلوّاً من الدم لئلا يتشوش الفحص .

يدار السائل الدماغي الشوكي بالدوارة الكهربية في انبوب معقم ايضاً مدة خمس دقائق . ثم يؤخذ ما في قعر الانبوب من الراسب يسلك من الذهب الابيض (بلائين) ويمد على ثلاث صفائح

وبعد تثبيت الصفائح المذكورة بالكحول الصرفة تصبغ الاولى بالثيونين الفيني

(thionine phéniquée) او بزرق المثلين وتلون الثانية بطريفة غرام

والثالثة بالمهائين والايوز ين لتعيين صبغة العناصر الخلوية في السائل فتى كانت

المكورات السحائية موجودة في السائل تشاهد العناصر الخلوية في الصفحة

الاولى ملونة بالزرق وبشكل حبة البن في باطن الخلايا (Intracellulaire) وتبدو

في الثانية مصبوغة بلون احمر لأن المكورات البنية لا تحتفظ باللون البنفسجي متى

صبغت بطريفة غرام . وان في مارواه غوي لاروش (Guy Laroche) بعض

الغرابية عن وجود بعض المكورات السحائية في سائل البزل الاول مصبوغاً باللون

البنفسجي والبعض الاخر مصبوغاً باللون الاحمر على ان هذه الخاصة تزول

في سائل البزل الثاني وينسب المؤلف المذكور هذا الامر الى اختلاف

درجة زوال الصباغ في بعض الجراثيم . مع انها كلها من نوع واحد .
ان هذا الفحص كاف للجزم في وجود المكورات السحائية في السائل
اما تعيين نوعها فلا يتم الا بعد الاستنبات .

ب — تعيين نوع المكورات السحائية : لا يستطاع تعيين النوع الا بعد
الزرع . وقبل ان تأتي على ذكر كيفية الاستنبات والبيء المستعملة لهذه
الغاية لابد لنا من التنبيه الى امر هام وهو كون المكورات السحائية سريعة
المعطب فلذا لا يجوز ان يؤخر الزرع عن وقت البزل وانما يجب التعجيل فيه
ما امكن والا تلفت المكورات (ولا سيما متى كان الفصل بارداً) وتهدر
تعيين نوعها .

وتعيين نوع المكورات السحائية يحتاج الى زمن لا يقل عن ٣٦ ساعة
فعلى الطبيب ان يبادر الى استعمال المصل المتعدد القوى ريثما يكون قد جاءه
الجواب لأن ذلك خير من ابقاء المريض بدون علاج .
يستنبت السائل في ثلاثة انايب ويجب ان يضاف الى بيء الاستنبات
مصل او سائل حبن .

فيوضع في الانبوب الأول المحتوي على الغراء (جالوز) وسائل الحبن
سم^٢ واحد من السائل الدماغي الشوكي غير المدار . ويوضع في الانبوب الثاني
المحتوي على الغراء وسائل الحبن من راسب الانبوب المدار بمقداره ٦ سم^٢ .
ويوضع في الانبوب الثالث المحتوي على مرق اللحم وسائل الحبن
سم^٣ من السائل الدماغي الشوكي غير المدار .

وبعد مضي ٢٤ ساعة ينبت الزرع

وتستحضر في المخبر مصول مضادة لأنواع المكورات السحائية
تجري بها عملية التلازن (agglutination) لتعين نوع المكورات . فيتحتّم
على الطبيب المداوي ان يستعمل المصل الخاص المضاد للنوع نفسه وليس
سواء متى رغب في تعيين نوع الجرثوم

العصيات التيفية ونظيراتها : تشاهد في الاضغاث السحائية - في مياق
الحميات التيفية ونظيراتها وتكشف بالفحص البسيط او بالزرع وهي كلها
لا تتلون بطريقة غرام .

المكورات الرئوية : تشاهد ايضا في الاضغاث السحائية في مياق ذات
الرئة او الالتانات الدموية الناجمة من هذه المكورات . تتلون بطريقة غرام
ويسهل تمييزها عن غيرها من الجراثيم .

المكورات العقدية : تشاهد في التهابات السحايا التالية للالتانات الناجمة
من المكورات المذكورة .

عصية كوخ : هي العامل المرضي في التهاب السحايا السلي وكشفها يستدعي
اتباع طريقة خاصة سنأتي على ذكرها .

يزعم البعض ان مشاهدة العصية المذكورة في السائل الدماغي الشوكي
امر متعذر لندرتها فيه . والحقيقة ان الفحص الدقيق حسب الطريقة التي
سنذكرها يكشفها على ان حقن القبعة (Cobaye) بالسائل الدماغي الشوكي
بأقي بنتيجة ايجابية في جميع الاحوال ولكن انتظار النتيجة المذكورة التي
تستدعي اسبوعين واكثر من الزمن ينقص من قيمتها .

قلنا ان كشف عصية كوخ في السائل الدماغي الشوكي يستدعي

التدقيق الكثير لندرتها فيه كما ان تعذر رؤيتها احياناً ينجم من اختفاء العصبية المذكورة خلف قطعة صغيرة من المصل المتخثر . فاجتناباً لهذا المحذور يستحسن ان يضاف سم^٢ واحد من محلول ليمونة الصودا المغمق العشري ($\frac{1}{11}$) الى ٥-٦ سم^٢ من السائل الدماغي الشوكي وان يدار الالبوب بالدوارة الكهربائية مدة ١٠-١٥ دقيقة .

ثم يوضع الراسب على صفيحة نظيفة دون ان يمداجتنباً لاتساع الساحة التي سيفتش فيها عن العصيات وتسهيلاً لاجتماعها وان تكن قليلة العدد في بقعة صغيرة . وتجنّف تلك القطرة في النور (étuve) عشر دقائق ثم تثبت بالكحول المطلقة وتلون حسب طريقة تسيل (Ziel) . ثم يزال لونها بمحلول حامض الآزوت الثلاثي وتصبغ الساحة بمحلول حامض البكري (ac. picrique) المشبع مدة عشر دقائق حذراً من اختفاء لون العصبية الاحمر بلون زرقاء المثلين ولا يقع ذلك ابدأ مع لون الحامض البكري الاصفر ويجدر بنا قبل الانتهاء من فحص السائل الدماغي الشوكي فحصاً جرثومياً ان نذكر كلمة عن منظر السائل الدماغي الشوكي القيعي (puriforme) الذي نبة اليه الاستاذ فيدال نفني بذلك ان منظر السائل يكون قيعياً مع ان الفحص الجرثومي البسيط والزرع لا يكشفان فيه اثرآ للجراثيم اي ان السائل يكون عقيماً (aseptique) ولا يكون سبب تبدله الا تفاعل السحايا الناجم من التهاب مجاور لها (نكراج الدماغ وسواه) تظهر في هذه الحالة الكريات الكثيرة النوى سالمة كما هي عليه في الدم دون ان يطرأ عليها التغير الذي يجعلها كريات قيعية .

(٥) الفحص الاحيائي (Examen biologique)

لفحوص السائل الدماغي الشوكي الاحيائية اهمية كبيرة فهي التي تدل دلالة اكدية على اصابة الجذلة العصبية المركزية ومبلغ تأثير الاغشية السحائية من جراء الآفة الملاصقة لها . واليهما يركز في تشخيص الآفات الافرنجية الطبيعية لأن التفاعلات الاحيائية الايجابية المشاهدة في الدم لا تؤكد اصابة المراكز العصبية بالداء الافرنجي ولان التفاعلات الاحيائية على السائل الدماغي الشوكي وحدها تدل دلالة قاطعة على طبيعة العلة الافرنجية متي وجدت واهم هذه التفاعلات هي تفاعل واسرمان والتفاعلات الغروية « r.colloïdales » .

أ - تفاعل واسرمان

يجرى هذا التفاعل على السائل الدماغي الشوكي كما يجري على الدم فتجب والحالة هذه العودة الى طريقة واسرمان الاصلية لاجراء التفاعل المذكور على السائل الدماغي الشوكي لان الطرق المشتقة منها لا يستطيع تطبيقها هنا .

وبما ان الاضداد (anticorps) الموجودة في السائل الدماغي الشوكي اقل من اضداد المصل الدموي يجب ان تكون كمية السائل اكثر من كمية المصل . فارسال ٦-١٠ سم^٣ من السائل في انبوب معقم كافية لاجراء هذا التفاعل .

اننا نضرب صفحاً عن الاسباب في طرز اجراء تفاعل واسرمان المعلوم ولكن لانرى بدأ من ذكر الطريقة البسيطة المستعملة في مخبر الاستاذ

غاي لاروش فى مستشفى سالبترىار فى بارىس لسهولة تطبيقها ولانها لاتستلزم اكثر من انبوبين الامر الذى يمكن المختبر من اجراء عدة تفاعلات فى آن واحد وهى عدا ذلك لاتستلزم اكثر من ٢ سم^٣ من السائل

قلنا ان الطريقة المذكورة تستدعى انبوبين فقط . والحقيقة ان التفاعل يجرى فى انبوب واحد والثانى ببقى كشاهد وهذا هو طرز العملية: يوضع فى الانبوب الاول ٠.٦ وفى الثانى ٠.٦ من المصل الاصطناعى ويضاف الى الانبوب الاول ٠.٦ من مولدة الضد (antigène) ويترك الانبوب الثانى خلواً منها . ثم تضاف الكمية اللازمة من المتمم (complément) (الذى اختبرت قوته قبل الشروع بالعمل) الى الانبوبين على السواء ويضاف اخيراً ١ سم^٣ من السائل الدماغى الشوكى الى كل انبوب .

ويوضع الانبوبان فى التنور ساعة ثم يضاف الى كل منهما ٠.٦ من المصل الحالى (hémolitique) ف ١ سم^٣ من الكريات الحمراء المحضرة حديثاً وبعد الانبوبان الى التنور نصف ساعة ونقرأ النتيجة بعد هذه المدة إذ يدار الانبوبان بالدوارة الكهربائية وينظر الى الراسب فى الانبوب الاول وما يعلوه من المائع وتقاس درجته بمقياس فرن (échelle de Verne) ونفضل هذه الطريقة لانها لاتستلزم اكثر من ٢ سم^٣ من السائل ولان التفاعل يتم فى انبوب واحد الامر الذى يسهل العمل كثيراً ويوفر الوقت .

٢ - التفاعلات الغروية (Les réactions colloïdales)

تتركز هذه التفاعلات على اساس واحد وهو رسوب المحلول الغروى

بواجهة بعض انواع الآحين . فالسائل الدماغي الشوكي الطبيي لا يحتوي .
 على آحين يرسم محلولات غروية كهذه ولكنه يكتسب في بعض الحالات
 المرضية ولا سيما في الافرنجي خاصة جديدة وهي ترسيب الجليل الغروية
 ان التفاعلات الغروية المستعملة في فحص السائل الدماغي الشوكي عديدة
 هما تفاعل لانته او تفاعل الذهب الغروي (R. de l'or colloidal)
 وتفاعل الامتاذ غيلان (Guillan) او تفاعل الجاوي الغروي (R. du ben-
 join colloidal)

فالتفاعل الاول يعتمد عليه الجرمانيون وهو صعب العمل ويستلزم
 دقة زائدة ولا وجه لترجيحه على الثاني الذي يسهل اجراؤه حتى ان
 كل طبيب متمرن يستطيع اجراءه لبساطته وهذا ما يدعوننا الى الاكتفاء
 بالكلام عن التفاعل الجاوي الغروي وسنتكلم عنه في الجزء القادم ان شاء
 الله .

[للبحث صلة]

اسباب القرصية .

يستنتج من ابحاث مميت ان بين القرصية والمكورات العقدية «متراثو كوك»
 علاقة وثيقة
 الا انه لا يمكن البت فيما اذا كانت المكورات العقدية هي العوامل المرضية نفسها
 في القرصية ام لا



مقطعات حديثة

للحكيم الامتاذ شوكة موفق الشطي

١ - البلاسموكين في البرداء :

لا تخلو ملاح الكينين ومشتقاتها من محاذير متعددة وهي مرارتها الشديدة وطنين الآذان والصمم والدوار المسبب منها. ولحقن الفضل بمحلول ملاحها محاذير أيضاً . ومن الأشخاص من لا يتحملون الكينين لانه يسبب فيهم قيئاً واندفاعات جلدية وقد تنجم من استعماله في بعض الاحيان حوادث فرفرية . ونزفية وبيلة خضاب الدم (*hémoglobinurie*) وامقاط . وبعض انواع البرداء منبعية على الكينين تبقى الحمى فيها مرتفعة او تنكسر على الرغم من المواظبة على استعمالها .

ويظهر ان تأثير الكينين في البرداء المسببة من المصورات النشيطة (*plasmodium vivax*) خفيف وهذا ما حدا البعض الى تقوية ملاح الكينين او الاستعاضة عنها بأدوية اخرى كالمواد الزرنيخية (الارسنوبنزول) فافادت في الحمى الغيب السليمة (*fièvre tierce*) كما افادت زرقة المثلين في الحمى الربع (*quarte*) المستعصية واستعمل البعض أيضاً حقناً مركبة من الطرطير المتقي او السليمان . الا ان الاستعاضة عن الكينين بالأدوية المذكورة غير ممكن .

وليس الامر كذلك في البلاسموكين (*plasmoquine*) لان :

البلاسموكين مادة مركبة (synthétique) قريبة من الكينين وهي اشد تأثيراً منها بستين مرة

واول من جرب هذا العلاج في برداء الانسان في المصابين بالشلل العام المعالجين بتلقيحهم بالبرداء ف . سيولي (F. Sioli) فعرف ان المرضى يتحملون ٠.١٥ - ٠.٢٠ سنتغراماً من البلاسموكين

تداوى البرداء بأخذ حبوب في كل منها ٠.٠٢ - ٠.٠٥ سنتغرامات بلاسموكين وليست هذه المادة مرة الطعم وهي تُنحل بسهولة الامر الذي يجعل فائدتها عظيمة في معالجة الاطفال .

تهبط الحرارة في الحمى القب بعد تجرع ٠.٠٥ - ٠.١٠ سنتغرامات بلاسموكين (مليغرام لكل كيلو من وزن الطفل) كل يوم بعد يومين من اخذها وتزول الطفيليات من الدم بعد خمسة او سبعة ايام . وعلى المريض ان يستعمل هذا العلاج اربعة اسابيع الى ستة على ان يتناوله اربعة ايام في كل اسبوع . وكذلك الامر في الحمى الربع

وقد دلت التجارب على ان تأثير البلاسموكين في حمى البلاد الحارة (fièvre tropicale) اخف من تأثير الكينين وعلى ان مخرج الكينين بالبلاسموكين لمداداة الحمى القب الجيئة افضل . وفي التجارة حبوب مركبة من الكينين والبلاسموكين في كل منها ٠.٠١ بلاسموكين و ٠.١٢ كلور مائية الكينين يأخذ المريض منها ست حبات في اليوم .

وتقوم المداواة بتناول هذه الحبوب مدة ١٤ يوماً متتابعة ثم يكتفى بتجرع ٣ حبات اربعة ايام كل اسبوع على ان يثابر على هذه المعالجة خمسة

اسابيع الى ستة

والبلاسموكين مفيد ايضاً في مداواة البرداء المزمنة وفاقه الدم وضخامة الكبد والطحال البردائية و يشفي البلاسموكين اشكال البرداء المستعصية على الكينين . وليس له مالمكينين من المحاذير فلا يحدث فرغية نزفية ولايلة خضاب الدم ولا طنيناً في الاذان ولا صمماً ولا دوّاراً وهو مفيد كعلاج واق من البرداء

وللبلاسموكين محذور واحد وهو احداثه للازرقاق ولا يقع ذلك الا متى استعملت مقادير كبيرة ١٠ ، وبافوق ويقاوم هذا الطارئ بالحقن بالكظرين « الادرنالين » او باشرائك البلاسموكين مع الكينين واستعمال البلاسموكين جائز حتى في المقلوبين (cardiaques) او المصابين باليرقان او بذات الرئة او المسلولين او المصابين بالتهاب الكلية وفي الحمل ايضاً

٢ — وظيفة الكظر في مراقبة ثبات تركيب الدم

نشرت جريدة بال الطبية في جزئها الصادر في ٢ تموز ١٩٢٧ مقالا لـ ر . شوايزر ابان فيه ان تركيب الدم ثابت لا يختلف الا اختلافاً بسيطاً ، وان عدداً كبيراً من الاعضاء يقوم بمراقبته : الكبد والطحال للحديد والغدة الدرقية لليود وبعنقدان للجهاز المولد للأدرنالين ولا سيما الكظر دخلاً في ذلك لأن الكظر شبكة وعائية كبيرة وخيوطاً عضوية كثيفة . ولا حظ ان تشوه هذه الغدة وضمورها يصحبه عيب في المراكز العصبية .

ولا يقتصر قصور الكظر على نقص الادرنالين في العضوية فحسب بل يعتمد الى اضطراب الآلية في مراقبة تركيب الدم لأن الكظر لا يرسل

حيث تذبذبت المعلومات اللازمة الى المراكز العصبية . وقد تعييض بقية الاعضاء ذات الافراز الداخلي عن الكظر بعض الاعاضة . ويتوسط الكظر في طرد السموم من العضوية بواسطة الجهاز الهضمي فاذا قصر تراكت هذه السموم في الدم ونجم من تراكمها ضعف في العضلات وغير ذلك ويعتقد شوايزر ان اعمال الكظر المتنوعة الشبيهة بهذا العمل هي اهم من وظيفته في صنع الكظرين .

٣ — حقن الوريد بكميات ماء صغيرة (الفصد الابيض في معالجة ازدياد التوتر الشرياني) .

نشر فولهايم ويرانت مقالا في احدي الجرائد الطبية الالمانية هذه خلاصته: تبدل الفصادة تركيب الدم يوما او يومين تنقص في انائها الكريات الحمراء وكمية الحضاب (الهاموغلوبين) في الدم ومقدار الآحين في المصل وتزداد نسبة الملح والسكر المثوية وتطرأ تبدلات على حالة الدم الكهربائية والعناصر ونظيرة الغراء .

وقد دلت التجارب على ان حقن الوريد بـ ١٠ سم من الماء المقطر يحدث مدة ساعة الى ساعتين تبدلات في الدم تشبه التبدلات التي لنجم من الفصادة ولا يتبدل التوتر في هذه الحالة متى كان طبيعياً واما اذا كان زائداً فينخفض . ويفيد حقن الوريد بمحلولات السكر المتزايدة او المتناقصة او المتساوية التوتر (hyper hypo ou isotonique) الفائدة نفسها وكذلك القول في محلولات الملح $\frac{9}{100}$

وصفوة القول ان الحقن بالماء المقطر يدل تركيب الدم والضغط

كما تبدله الفصادة غير ان زمن هذا التبدل اقصر مما هو عليه في الفصادة
ولا ينجم ذلك من حادثة التحال (osmose) بل من تغير المبادلات
المائية حذاء الاوعية الشعرية التالي لادخال الماء للدورة الدموية .
وقد جرب و، ب . هذه الطريقة في مداواة ازدياد التوتر بدلاً
من الفصادة المكررة التي تضعف المریض وتوقعه في مخالب فاقة الدم وذلك
بمحقن الوريد بـ ١٠ سم^٢ من محلول سكر نسبته $\frac{2}{1}$
ولاتفيد هذه المعالجة في خناق الصدر الشديد ولا في الآفات الوعائية
المزمنة أو الآفات الزهرية الوعائية الشديدة الا بعض الفائدة . ولا بأس
في اشراكها والحالة هذه بفصادة الدم .

مداواة الامر الذي يعقب العمليات الجراحية

بمحقن الوريد بالبيلوكاربين

قد جرب الاطباء وسائط عديدة لمداواة الامر نجاشيا لقطرة المثانة التي قد
ينجم منها اثنان في المسالك البولية
استعمل هيرخنس ولامبر البيلوكاربين حقن في الوريد لمداواة الامر واستنتجا
ضرورة الالتجاء الى هذه الطريقة متى فشلت طرق الاقناع والمكدرات الحارة على
المثانة وجرح المشروبات المدرة . ولما كان لهذه الحقنة بعض المحاذير نصح هيرخنس
ولامبر باستعمال ذلك في حالات معينة اهمها متى امتلأت المثانة بالبول ولم ينفرغ .
ش . م . ش .



مقتضيات عما يقال ويعمل

في سريريّات الامتاذ حنا لويس فور (J. L. Faure)

قام الامتاذ لوسر كل (Leercle) في السنة المدرسية
الماضية باعباء سريريّات الامراض النسائية وكالة
فألقي على الطلاب سلسلة محاضرات عملية عن الدروس
التي كان يلقيها في مستشفى بروكا في باريس الحكيمان
حنا لويس فور ورئيس سريريّاته دومي (Douay)
وقد عني بترجمة هذه المحاضرات الامتاذان الحكيمان
مرشد خاطر وشوكة موفق الشطي وأمرت رئاسة المعهد
الطبي بنشرها تباعاً في مجلته لكي لا يفوت فائدتها قراءنا
الكرام كيف لا وغاية هذه المجلة نشر ما استحدث
من طرق المداواة وما جدد من الكشوف العملية .
« المجلة »

[تمهيد]

في الاستجواب و المعاينة و موائظ التحري
ان الاسباب التي تدعو النساء الى استشارة الأطباء في الغالب هي :
الآلام ، السيلانات البيضاء ، النزف (السيلانات الحمراء)

١ - الآلام :

اذا كانت خفيفة كانت ناشئة من الرحم
اذا كانت شديدة كانت ناشئة من الملحقات .

نوقف الآلام المسببة من التهاب الملحققات بالمشي وحرارة الفراش ونشاحش النساء المصابات بالتهاب النفير الجلوس والنقوم فجأة .

الآلام الرحمية هي :

١- قولنج : حين اجتماع خثر دموية في الرحم وتقلص هذا العضو ليطرحها خارجاً

٢- تشنج : اثر العمليات المجرأة في باطن الرحم .

آلام الطمث تظهر :

١- قبل الحيض : تدل على احتقان المبيض

٢- في اليوم الاول منه : تدل على ضيق قناة الرحم

٣- في اثناء الحيض : تبدو بقولنج وتدل على المرحلات (polypes)
والرُحام (التهاب الرحم) والاورام الليفية او خثر دموية

٤- في آخر الحيض : تدل على التهاب الملحققات وتصحبها في الغالب نوبة

حمى خفيفة .

الآلم الفجائي في امراض النساء يدل على :

١- قيلة دموية (hématocele) او انبثاق حمل خارج الرحم

٢- انتقال شيء ويقع ذلك في :

أ - التهاب الملحققات

ب - الأوكياس

ج - الأورام الليفية المذنبه

ومعنى شك في امر ولم نلحس الاعراض بالمداواة الطيبة مكان الالتجاء

الى الطرق الجراحية واجبا .

الآلام الشديدة المجهولة السبب :

مضى فاجأت المريضة وكانت نوباً ولم ننجم من آفات معروفة تجب نسبتها الى

آلام عصبية (نورلجيا) وهي تعزى في ايامنا الى اضطراب العصب الودي

(sympathique) ويجب ان تعالج بقطع ألياف هذا العصب (sympathectomie)

٢ — السيلانات البيضاء «pertes blanches» :

نجم من : ١ — غدد بارتولان فتكون المفرزات صيالة شفافة كالغلسرين
٢ — غدد حول الاحليل : فتتصف المفرزات بالصفات نفسها

٣ — المهبل : لا يحوي في الحالة الطبيعية غدداً ولا يفرز مفرزات ولكن
ما يخرج منه هو توسف (desquamation) لبني المنظر خائراً ناشي من الغدد الدهنية
٤ — الرحم : أ — عنقها : مفرزاته شفافة في الحالة الطبيعية ولكنها كثيفة
لزجة غزيرة (المفرزات الحلامية الوردية في ورم عنق الغدي)

ب — جسمها : مفرزاته اكثر سيلاناً من مفرزات عنق . الحذر من خلط
المفرزات التي تزداد في بدء الحمل بمفرزات التهاب الرحم الصديديّة الآتية من التهاب
الملحقات والمنفرغة في الرحم انقراغاً منقطعاً .

ان المفرزات في المصابات بالتعفن هي : بضاء او صفراء او خضراء
تعاين معاينة جرثومية : قبل الطمث وبعده فاذا كانت مسببة من :
١ — المكورات العقدية (ستراتوكوك) كانت نثنة للغاية
٢ — المكورات البنية (غونوكوك) كانت اقل نثانة
٣ — السرطان كانت نثرية وكريهة متى تعفنت
٣ — الأنزفة :

أ — الطمث : دمه احمر صياحي ، غير متخثر
ب — الطمث النزفي (menorrhage) : دمه مخدر يصحبه قولنج يقذف
في اثنا هذا الدم المتخثر .

ج — دم يفرغ غير اوقات الطمث : هو النزف الرحمي (métrorrhage)
تقع هذه الطوارئ في جميع الاعمار :

١ — في الحديثات السن : يكون منشأها الفرج او الفرج والمهبل
٢ — في اليافع (adolescence) : يكون منشأها الحالة العامة : فساد
المزاج (dyscrasie) السل ، حالة عضوية مرضية (neuro-arthritique) .

- ٣ — وقت الزواج فيكون سببها الاغراق في الجماع والرضوض الموضعية .
 ٤ — في بدء الحمل فيكون سببها الاسقاط .
 ٥ — بعد الولادة فتعزى الى انقباس شيء :
 أ — الى اورام ليفية فيكون النزف حين الطمث
 ب — الى بدء السرطان فيكون النزف خارج اوقات الطمث
 ج — الى مبيضين متصلبين كيسيين او التهاب المالحقات او حمل خارج الرحم
 او التهاب الرحم الشيخوخي الذي يتحاشى خطه بالسرطان .
 د — الى حالات عامة : نوب الغدة الدرقية (thyroidisme) بيلة آحينية،
 آفة قلبية . . .

وعلى الطبيب ان ينقش هذه التعليمات الأساسية في ذهنه حين استجواب المريضة

الاستفسار : يبحث فيه بحسب النظام التالي :

- ١ — السن {
 ٢ — السوابق الزوجية {
 الولادات
 الاسقاطات
 حرقه البول
 الطمث {
 التبدلات
 الآلام
 قبل المرض
 بعد المرض
 مصلية {
 قبيحية
 السيلانات
 مقراها {
 شدتها
 الاسباب التي تحدثها وتوجد لها
 الآلام المحدثه
 الموضعية

الجهاز الهضمي	}	العامة
البولي		
الدوراني		
التنفسي		
العصبي		

وبعد ان يستخلص الطبيب جميع هذه التعليقات يباشر الفحص بالوسائط الاستقصائية وهي : اليدين و النظر .

اليدين : يجري بها الجس والمس منفردين او مشتركين ويجب ان يكون الشرح والمفاتيح فارغين اذ ذاك

يستقصى عنق الرحم و الارتاج و جسم الرحم { حجمه تحركه

• ويجب ان نفور اليد في البطن كلما نئفت المريضة على ان ثم هذه الحركة بلطف و بطوره دون ان تألم المريضة وان تكون اصبعان في المهبل . وعلى الطبيب ألا يسرع في وضع التشخيص متى شك فيه وانما الواجب يقففي عليه بالاعتماد الى المريضة بالعودة اليه لمعاينتها مرة ثانية

المس المهبلي : نجب مراعاة القواعد فيه توصلاً الى وضع التشخيص وحسن الامتناع من المس يستدعي كثرة التمكن عليه .
ان تشخيص الأمراض النسائية سهل جداً في الغالب غير انه قد يكون شديداً الصعوبة .

المس الشرجي : يفيد ولا سيما متى كانت الرحم مصابة بالسرطان لأنه ينبئ بانقشار الآفة ودرجة ارتشاح محيط الرحم .
ويجري هذا المس في العذارى غير ان المعلومات التي تستقي منه حينئذ تكون قليلة الوضوح .

الفحص بالنظر ، المنظار : قد جعل له من الأهمية أكثر مما يستحق لأن المعلومات التي تقتبسها منه قليلة جداً والاستغناء عنه يمكن متى اتفق الطبيب المس المهلي جيداً .

الطرق الحديثة : إثارة باطن الرحم (endoscopie utérine)

تقوم هذه الطريقة بإدخال أنبوب لباطن الرحم مجهز بمصباح كهربائي فينير هذا القسم وتشخص به الأورام . ولا تشبه هذه الطريقة طريقة المنظار المثاني لأن المثانة تملأ سائلاً صافياً فيتمكن الناظر من رؤية أطرافها وقعرها وعنقها وجميع ما فيها أما في الرحم فلا يوجد غير المواد الخطاطية والدم التي تسد فوهة الأنبوب (منظار دافيد endoscope de David) فلا يرى به غير القعر والوجه الخلفي وأما الجوانب فلا تستطيع رؤيتها .

تصوير الرحم بالأشعة : ان الحقن بالمواد الظليلة يبين فقط قالب جوف الرحم . والمادة المستعملة التي اشتهرت في أيامنا الحاضرة هي الليبودول الذي يحقن به في اعضاء كثيرة من الجسد لإعادتها ظلية حسب اشارة سيكار (Sicard) وتلاميذه .

فقد اوصلت هذه الطريقة الباحثين الى رؤية ترتيب النفيرين وتشخيص انفتاحهما او انفلاقهما .

وقد جرب بعضهم رسم الرحم بعد نفخ الخلب (البريطون) وطريقة ذلك ان يحقن جوف الخلب بالحامض الكربوني الذي يصعب امتصاصه تحت السرة والي يسارها بقيراطين او ثلاثة قراريط . يحقن منه بلتر او لتر ونصف اللتر ثم توضع المريضة مائلة فتبهط المعوية نحو الحجاب الحاجز فيحبط الغاز بالرحم والورم فتستقى حينئذ من الرسم معلومات مفيدة غير انها معاً حسنت فهي لا تفصل المعلومات المستقاة من المس الحسن .

وقد كشف روبان (Rubin) الاميركي طريقة أخرى من الحقن بالغاز

فاستخدم المسلك الرحمي النفيري فهو يحقن باطن الرحم بمولد الحموضة (الأكسجين) فيجتاز النفير ويصل حتى البطن .

وبفضل الاستاذ فور في الحالات الصعبة فتح البطن الاستقصائي على هذا الحقن ان حقن الخلب بالغاز يمكن اجراؤه دون ان يكون منه محذور غير انه لا يفيد فائدة عملية .

ذرع الرحم : (hystérométrie) يدلنا قياس الرحم على اتجاهها وطول جوفها وطول جوف الرحم السليمة ٧ — ٧١٥ سم فتى بالغ ٨ سم كانت الرحم كبيرة . ونقاس الرحم لا لمجرد التشخيص فقط وانما اتباعاً لفائدة المداواة الشعاعية ايضاً (radiothérapie) .

ولا يجوز ان تذرع الرحم :

١ — متى شك في الحمل

٢ — متى كانت الملحقات ملتهبة لأنه قد يتولد من الذرع تفاعل في الخلب الحوضي يؤدى الى التهابه . والاعتناء بالطهارة واجب حين ذرع الرحم دفماً لخطر التعفنات .

وعلى الطبيب ان ينبه مريضته التي قيس رجها ان قولنجاً قد يعتريها في مساء ذلك النهار او في الغد وان عليها ان تلتزم فراشها

واذا وقف مقياس الرحم على بعد خمسة سنتيمترات ونصف السنتيمتر وكانت سبب وقوفه وربما ليفياً منعه عن الدخول يجب ادخال قاثثير من صمغ رقمه ٨ او ١٢ او ١٦ لأن هذه الشعمة تدور حول الورم البني وتصل الى قعر الرحم . ولا ينقاس الرحم الا متى كان من قياسها فائدة .

بزل دوغلاس (ponction de Douglas) يفيد متى وجد خلف الرحم ورم سائل متموج صعبت معرفة طبيعته . نغرز الابرة البازلة موازية للرحم تجنباً لثقوب المستقيم ولا بأس في الاستعانة بمس المهبل حين الحساسة خشية الوقوع في هذا المحذور .

يستخرج بالزلز إما :

١ — سائل مصلي اصفر ليموني فيكون دليلاً على ذات الغلب المصلية المتكسبة ويصادف هذا في بعض انواع التهابات الملحقات الحادة او في التهاب الملحقات السلي وتكون المادة المصلية سريع كما ان امتصاصها سريع ايضا وهي تنفرغ بالزلز وتدل على تنبه قسسي في الغلب .

٢ — أو دم : والدم اما ان يكون احمر فيدل على ان وعاء قد ثقب او ان يكون اسود فيدل على وجود قيلة دموية (hematocèle) فاذا كانت الاعراض مصحوبة بحصى وكان الدم آخذاً بالتحول الى قيح خزع رنج دوغلاس والا كان خزعه بمنوعاً لأنه يعرض المريضة لأخطار : فان خزع دوغلاس يفرغ المادة السائلة الموجودة في الرنج بيد ان الغثر الدموية تبقى موجودة في الجيب فاذا ما ضغط الرنج وعصر او أجري ما من شأنه اخراج الغثر كان من ذلك زف واذا تركت وشأنها تعفن واستحالت قيلة دموية متقيحة فيجب اذن الوصول الى ذلك المجمع بعد فتح البطن .

٣ — او قيح : لا يجوز التردد في هذه الحالة عن اجراء الزل لأنه يعدّه زمن العملية الاولى والصديد المستخرج بحقنة معقمة يستخدم في تحضير لقاح ذاتي (auto - vaccin) .

واما اذا كان التهاب الملحقات حاداً فيرجع تبريد الالتهاب بالراحة والجليد واجراء العملية بعد ذلك بفتح البطن .

وأما اذا بقيت الحرارة مرتفعة فيخرج الرنج حينئذ .

٤ — او سائل كثيف مخاطي : آت من كبس المبيض فيجب اجراء العملية في اليوم التالي للزل لأن كبس المبيض المزل يتعفن بسهولة .

٥ — او سائل صاف شبيه بماء الينوع : آت من كبس مائي في رنج دوغلاس (فلا يكون في السائل آحين) او من كبس قرب المبيض (فيكون فيه آحين) ان يزل دوغلاس وان يكن استثنائياً فيبد في بعض الاوقات فوائد تذكر .

« للمبحث صلة »

مفكرة في الطب العملي

مترجمة بقلم الاستاذ شوكة موفق الشطي

مداواة خناق الصدر المصحوب باضطرابات الهضم

يستند التشخيص على اصابة المرض لأشخاص عصبي المزاج او على خلوهم من الاعراض الدالة على آفة قلبية او وظيفية وعلى وجود جيب هوائي في المعدة وطبلة في البطن وعلى زلة شديدة وضيق صدر وضجر وآلام في ناحية القلب .

- أ - مداواة النوب -

١- نقوم بالاقناع : ومعناه ان الطبيب يقنع مريضه انه سليم وان قلبه ووظيفته (اورطه) خاليان من كل آفة ويتمنع عن اعطائه ادوية قلبية .
٢- بوضع رفادات مبللة حارة على المعدة .

٣- بتناول المريض بضع جرعات من العلاج الآتي :

٢ غرامات	خلاة النشادر
٢٠ غراماً	كونياك عتيق
٤٠ غراماً	شراب الاثير

٤- يوصى المريض اذا كان نهماً اودموياً في الايام الثلاثة الاولى
أ - بالراحة في الغرفة .

ب - بتناول لتر من شراب الليمون على خمس جرعات

ج - باعطاء مسهل مركب من ٤٠ غرام كبريتاة الصودا سفي
اليومين الاول والثالث

٢ - في فترات النوب

يعود المريض الى حياته العادية عوداً تدرجياً ويحتمل النهم والتدخين
والقهوة والكحول والتعب و يعيش عيشاً هادئاً ويتحاشى الانفعالات
اما نظامه الغذائي فيكون مركباً من لبن وخضراوات ولحم قليل و يوصى
بان يأكل ببطء وان يتناول الطعام في اوقات معينة و يشار عليه بالمضغ جيداً
و بتجزئة اللحوم تجزئة دقيقة و تقطيع البقول ارباً ارباً و باتباع النصيحة
الرشيده « و اذا اكلتم فلا تشبعوا » و بشرب قدح ماء واحد في اثناء الطعام (٢٠٠
سم . مكعب) و يجرع فنجان من متنوع اليانسون النجمي الحار بعده ثم
بالاضطجاع نصف ساعة .

واليك جدولاً بالاغذية التي يسمح للمريض بتناولها
جميع انواع الحساء على ان تكون خالية من المواد الدهنية
اللحوم الحمراء (الغنم) او البيضاء (العجل ، والاسماك الخ) او الهلامية
(ارجل الغنم *pieds de mouton*) على ان تكون جيدة الطبخ و قليلة الكمية
الخضراوات النضرة البسيطة (البازلا) واللوبيا والجزر والهلبيون والخرشوف
(ارضي شوكي) (والاسفناخ) والبطاطا والامثار الحلوة الناضجة
والخبز : على الا تتجاوز كميته ١٢٠ غراماً

اللبن : و يفضل ان تزال قشده و انواعه المطبوخة ، والجبن النضر

السوائل : الماء و المناقيع

ويجنب اكل الادهان والشحوم والحوامض كالخل والاثار الفجة
والحمض (oseille) والملفوف واللفت والفجل واللحم المقددة والاشربة
الروحية والشوكولاتا والشاي والقهوة والبيض والنخع
ملاحظات مطبخية : يجب ان يطبخ اللحم جيداً بدون مرق ويفضل
الشواء .

السك : يعصر فوقه قليل من عصير الليمون حين استعماله
الخضراوات : يجب الا تطبخ بالدهن وان يكون ممحاً قليلاً وان
يصب عليها حين الاكل قليل من عصير الليمون

الاثمار : يجب ان تكون ناضجة او ان تطبخ معقوداً
الداواة بالماء : يستحم يومياً بالماء الفاتر رشاً او اغتسلاً
الرياضة : يجب ان يروض المريض جسمه ترويضاً معتدلاً و يقوم ذلك
بالمشي على ارض مستوية منحدرة وبركب الدراجات وبالتنس والسباحة ١٠٠ الخ
يتناول المريض صباحاً حين اليقظة او مساءً حين النوم بعد الطعام
فنجان ماء مضافة اليه ملعقة قهوة من المسحوق الآتي :

كبريتاة السوداء	٨ غرامات
ليمونة السوداء	١٢ غراماً
سكر اللبن	١٨٠ غراماً

يتناول المريض في الثلث الثاني من الشهر ثلاث ملاعق حلوى من
المركب الآتي في اليوم :

يودور الصوديوم ٥ غرامات
 برومور الصوديوم ١٢ غراماً
 شراب قشر التارنج ٣٠٠ غرام
 و يأخذ في الثلث الثالث من الشهر كل يوم وبعد الطعام ثلاث حبات
 في كل منها :

خلاصة حشيشية الهر (فالريانا) ٠.١٠ سنتغرامات
 خلاصة البنج ٠.١٠٥ =

—* افضل مخصر ضد سقوط الشعر *—

عطر البرغموت ٥ غرام
 فورمول ١ =
 نترات البيلوكار بين ٠.١٠ سنتغرامات
 كلور مائية الكينين ٠.٢٤٠ =
 كحول درجتها ٩٠ ٨٠ سم
 صمغ اللزاح (الكنثريد) ١ =
 ماء مقدار كافٍ لـ ١٢٠ =
 يغسل الشعر بالماء والصابون ثم يفرك بهذا المركب كل يوم صباحاً .
 « الصيدلي عبد الحميد قنباز »



الوشم وطرق ازالته

الوشم قديم استعمله الاسياد في العهد المتوحش لتعريف عبيدهم فكان يكتب على جبين المملوك اسم سيده واستعملته النساء للزينة والتبرج كما يرى حتى اليوم في نساء قبائل بلادنا البدوية ورجالها وقد نهت عنه الانبياء لأن فيه دلالة على العبودية وتشويها لتصوير الخالق عز وجل وفي الحديث «لعن الله الواشمة^(١) والمستوشمة^(٢)» ويروى المتوشمة «تشم الواشمة بغرز الجلد بآبرة ثم يذر الكحل او النيل فيزرق المكان او يخضر».

هذا ولما كانت المدنية الحاضرة والذوق السليم يأتان هذا التشويه ، والمتوشمات يندمن على ما فعلن او ما عمل بهن فقد سعى الكثيرون الى ايجاد طريقة تزيل هذا اللون فعرف كسبر (Kasper) وهوتان (Hutin) ولاكاسانيه (Lacassagne) طرقاً تزيل الوشم الاحمر وابانوا ان الوشم الارزق يدوم مادامت الحياة . ولجأ البعض الى استعمال الطرق الجراحية والكي بالمواد المحرقة وحدث ما عرف في هذا الصدد هو وخز الوشم بأبر خاصة وادخال مواد من شأنها اتلاف الحبات الصباغية المثبتة في الادمة ولا سيما في جوار الاوعية الشعرية

وقد ذكر فاريو (Variot) منذ عهد قديم طريقة حسنة لا تزال مستعملة حتى اليوم تقوم بطلي الوشم بمحلول العفص الكثيف ووخز الاماكن المصطبغة ثم مسحها بقلم ازودة الفضة الامر الذي يكسب تلك الناحية لونا (١) الواشمة هي التي تشم (٢) المستوشمة ويروى المتوشمة والمتوشمة وهي التي يفعل بها ذلك .

اسود من جراء تكون مركب جديد وهو غصاة الفضة على الناحية ثم يذر
ثلاثة ايام مسحوق مركب من المعص وذلك لتجفيف الحشكر يشة .
ولا يجوز ان تستعمل هذه الطريقة في منطقة يفوق قياسها قياس المجدي .
تزيل هذه الطريقة الوشم بعد مدة تختلف بين ١٤ - ١٨ يوماً واذا
اعتني باهتمامها لا ينجم منها ادنى حادث ونجاحها يكاد يكون مؤكداً . وقد
اتخذ بعض الدجالين في اوروبا معالجة الوشم صنعة لم فاستعملوا بعد الوخز
حماضة الكلس والبولطاس والاورتوكرازول (Orthocrésol)

البعث بعد حقن باطن القلب بالايثير

ذكر هاي بولتون مشاهدتين عن وقوف القلب في سياق التخدير العام
أنقذ فيهما المريضين بحقن باطن القلب بالايثير .
المريض الاول مصاب بفتق اربي (Inguinale) بنج بالايثير وبدأ بولتون
باجراء عملياته واذا بالقلب يقف عن التقلص فاجرى له النفث الاصطناعي
وحقن تحت جلده بالايثير والستر كنين دون جدوى ثم حقن البطن الايسر
بالايثير فعاد القلب الى النبضان واكملت العملية .

والمريضة الثانية نفساء اعتلن جنينها بكثفه وبرزت يده في المهبل .
وكانت المريضة مصابة بوهن القلب وقد بنجت بالكورفورم بكل حذر
ليقلب جنينها فيعتلن مقعده فوق قلبها حينما وصل الرأس المتأخر الى الفرج
فحقن تحت جلدها بحقن مقوية للقلب ونفست نفسها اصطناعياً فلم يفد ذلك البتة
ثم حقن بطنها الايسر بـ ١ سم مكعب ايثير فاخذ القلب ينبض على
اثر ذلك (اي بعد ١٠ ثوانٍ) وانتهت العملية دون وقوع ادنى محذور .

ش . م . ش .

صناعة السكر

[ثمة]

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

الفحص بقياس الاستقطاب - تطبق دائماً طريقة التهضيم بالماء على الحرارة .

الطريقة الجديدة للمجمع النفثي - يؤخذ في جفنة صينية ٢٦ غراماً من اللب ، توضع الجفنة وما تحويه في وعاء معدني ويصب عليها ١٧٧ سم^٣ من مزيج تحت خلاة الرصاص (٢٥ سم^٣ من تحت خلاة الرصاص + م . ٠ ك . ماء مطر لاجل لتر) ثم يسد غطاء الوعاء ويحرك ويسخن على حمام مائي نصف ساعة (على حرارة ٧٥ - ٨٠ درجة مئوية) ويرد ، يحرك ، يرشح ، يفحص في مقياس الاستقطاب .

طريقة باله (Pelett) - يوزن ٢٦ غراماً من اللب في جفنة معدنية ، تمزج مع ٥-٦ سم^٣ من تحت خلاة الرصاص ، يصب الجميع في دورق معاير سعته ٢٠ . ١٦ سم^٣ باستعمال ماء غال وقليل من الكحول المطلقة (الصرفه) وتجاوز اشارة العيار زهاء ١ سم^٣ ثم يهضم على حمام مائي نصف ساعة ثم يبرد ويكمل الحجم حتى اشارة العيار ويحرك ، يترك لنفسه قبل الترشيح نصف ساعة اذا كان اللب ناعماً ومدة ساعتين اذا كان خشناً مع التحريك من وقت لآخر . وفي بعض الحالات المشبوه بها

تتم المراقبة باخذ الخلاصة بالكحول (طريقة التهضم والاستخلاص
بالكحول معاً) .

ب - المواد الجافة - يوزن بسرعة (منعاً للتبخر) ٢٠-٢٥ غراماً
من اللب المجزأ بالقطاعة (المقروم) والمخلوط جيداً ، في جفنة مسطحة
قطرها ٨٠ ملمتر مع قضيب زجاجي لتمديد اللب به بعد الوزن ثم يجفف على
حرارة ٧٠ مئوية ساعتين وتخلط الكتلة جيداً ويعاد تمديدها (فرشها)
في الجفنة وتجفف من جديد بالخلاء بدرجة ١٠٥ - ١١٠ زهاء ساعتين
حتى الوزن الثابت

والحصول على الوزن الثابت تجفف المادة في كل مرة ساعتين او ثلاث
ساعات حتى يصبح التقصان اقل من ٠.٠١٪

السكر المنقلب - يسخن ٢٠ سم^٣ من السائل المدفء للفحص بقياس
الاستقطاب مع نصف سم^٣ من محلول فهلنغ (*) في انبوب تجربة و يغلى
دقيقتين ويرشح فاذا كان لون الراشح ازرق أو كشف النحاس (بعد
ترسيب الرصاص بالبرودة يوضع قطرات من خماة الصودا وترشيحه ومعالجته
مع فرروسيانور البوتاسيوم وحامض الخل) يحكم بان السائل السكري
لا يحوي كمية غير طبيعية من السكر المنقلب .

٢ - اللب المستخلص واللب المعصور

اخذ النموذج - يراقب عمل البطارية باخذ نماذج متفرقة من النشرة
الاخيرة في كل بطارية وعدا ذلك يؤخذ كل ساعة نموذج من حفرة اللب

(*) هو محلول كبريتات النحاس الطرطوي البوتاسي الذي سبق ذكره

وإذا لم يرغب في تحليل النماذج المتفرقة تعالج النماذج المتوسطة كلويجات الشوندر تماماً

واللب المصنوع يعالج كاللب المستخلص غير ان النماذج المتفرقة تؤخذ هنا من المعصرة

الاستقطاب : ١ - طريقة المجمع الجديدة : يوزن ٦٠ غراماً من اللب وتوضع كلها في وعاء معدني وتضم ١٧٧ سم^٣ مزيج كثيف من الماء وخلاصة الرصاص الذي مر ذكره في معالجة اللويجات ثم توضع في انبوب ظوله ٢٠ سنتيمتراً وتقرأ الدرجة رأساً .

٢ - طريقة باله : يوزن ضعف الوزن الاعتيادي وتطبق العملية كما هو الحال في لويجات الشوندر .

ب - المواد الجافة : تقدر المواد الجافة كما في اللويجات الرطبة ويسمح هنا باستعمال التنور المسخن بالهواء الحار .

٣ - لويجات الشوندر السكرية

اخذ النموذج - تؤخذ النماذج ، من النة آلة أو من مواضع مختلفة من الكومة وتخلط جيداً .

التحليل - اذا لم توجد معصرة هرل (Herles) تسحق ناعماً في الهاون . ثم يؤخذ من المسحوق المجفف ١٢٦٦ غراماً . ويضم بالهواء الحار (بمزيج الماء وتحت خلاصة الرصاص : لتر ماء ١٠٠ سم^٣ تحت خلاصة الرصاص) ويكمل الى ٢٠٠ سم^٣ يرشح ، يفحص بمقياس الاستقطاب وتضرب النتيجة برقم ٤

واما المجمع الفني فيوصي باستعمال الطريقة الآتية : توضع ٥٠ غراماً من اللب مع ١٢٥ غراماً من الماء البارد نصف ساعة في جفنة موزونة ثم تبصر بمصرة هرل ١٠ اما اذا استعملت اللويحات العادية فيوزن منها ٥١٦ غراماً واما في اللويحات السكرية فيوزن ٢٥٦٢ غراماً ويصب عليها ١٧٧ سم^٣ ماء وتحت خلاة الرصاص (١٠٠ سم^٣ تحت خلاة الرصاص لاجل لتر ماء) ثم تضرب النتيجة برقم ٧

ومن الممكن ان توزن ٦٠ غراماً من الكتلة المعالجة بالماء ويضاف اليها ١٧٧ سم^٣ من المزيج الذي يجب ان يكون كثيفاً (١٥٠ سم^٣ تحت خلاة الرصاص لاجل لتر ماء) وتضرب النتيجة برقم ٣١٥ .

واذا اريد تحليل اللويحات السكرية تحليلاً صحيحاً يجب تطبيق طريقتي التضميم والاستخلاص بكحول عيارها ٦٠ درجة

٤- عصارة الانتشار ، عصارة المعصرة ، العصارة

المستحصلة بالماء الحار

اخذ النموذج - يؤخذ من العصارة قدر الحاجة من كل وعاء قياسي بينما هي تفرغ من الصنبور الموضوع في مجرى الافراغ . و يوضع منها حجم معلوم في زجاجات ذات حمام بلوري . وتحلل في كل ساعة بعد تمريرها جيداً . وهكذا تفحص نماذج وسطى مأخوذة من وعائين الى اربعة اوعية أ - درجة بر يكس (Brix) : يستعمل جدول اللجنة السلطانية لتحقيق

العيار العادي لاجل ٤/٢٠ فيجعل الخلاء اولاً لطرد هواء المعصرة ثم يقتنى بإيصال الحرارة الى درجة ٢٠ مئوية ما امكن ويفض مقياس الكثافة أو

ميزان موهر ومستفال (Mohr Westphal) ثم ترجع درجة الكثافة الى ٢٠ باستعمال جدول تصحيح الحرارة الموضوع لهذا الغرض .

ب - الاستقطاب : تعالج ١٠٠ سم^٣ من العصارة بـ ١٠ سم^٣ تحت خلاة الرصاص ، تحرك ، نترك مدة عشر دقائق ، ترشح ، تفحص في مقياس الاستقطاب في انبوب طوله ٢٠ سنتيمتراً ونقرأ درجة غنائها من السكر في جدول شميترس (Schmitz)

ج - المؤخذ الوزن العادي (١٠ غرامات) ويُصب في دورق سعته ١٠٠ سم^٣ ويُعالج بمقدار كاف من تحت خلاة الرصاص ويكمل الحجم الى ١٠٠ سم^٣ بالماء ثم يرشح ويفحص بمقياس الاستقطاب

د - الحموضة : تعاليز ٢٥ سم^٣ من العصارة بالصود العادي ($\frac{1}{28}$) بوجود فنول فتالئين كشمع . ثم تضرب النتيجة برقم ٤ للحصول على مقدار احتوائها على الكلس .

هـ - مواد ترسب بحامض الحُل (درجة قابلية التسخن): توضع ٢٥ سم^٣ من العصارة في انبوب خاص مدرج ذي قطر داخلي ١٨ ملمتراً ويضاف اليها ثلاث قطرات من حامض الحُل الثلجي وتسخن خمس دقائق على حمام مائي بدرجة ٨٠-٨٥ ثم يخرج الانبوب ويترك ثلاث ساعات يقرأ عند ختامها مقدار الراسب ويضرب برقم ٤

و - السكر المنقلب : تغلى دقيقتين ١٠ سم^٣ من العصارة مع ٢ سم^٣ من سيائل فهلغ المار الذكر وترشح فإذا كان الراشح انرق او اذا كشف بوجود النحاس (بعد ترسيب الرصاص بالبرودة ينضع قطرات من خُاة

الصودا والترشيح والمعالجة بـ (فرروسيانور البوتاسيوم و حامض الخل)
 يحكم بان العصارة تحوي اقل من ٠.٠١ ٪ من السكر المنقلب . اما الخلاء كلفن
 سائل فهلنغ قد ارجع كل السكر فيستعمل منه لكل ١٠ سم^٣ اخرى من
 العصارة ٢، ٣-٤ الخ سم^٣ و يغلى دقيقتين ايضاً الى ان يحتوي الراشح
 على النحاس . و يقدر السكر المنقلب باكثر صحة باستعمال مقادير من سائل
 فهلنغ تزداد عما قبلها بـ ٠.٠١ سم^٣ في كل مرة بعد تحديد المقدار القوي يبي
 لاجل سم^٣ واحد مع ملاحظة ان كل ١ سم^٣ من هذا السائل يساوي
 (اي يرجع ٥) خمسة ملغرامات من السكر المنقلب .

٥ - مياه الانتشار (الناشرات)

اخذ النموذج - تؤخذ من هذه المياه نماذج منفردة عند خروجها من
 الانابيب كل ساعتين او اربع ساعات وتفحص للحال .
 أ - درجة بريكس : تقدر كالعصارة تماماً ويمكن استعمال دوزق
 كثافة ذي ميزان للحرارة (بيكنومتر picnomètre) .

ب - الاستقطاب : تروق ١٠٠ سم^٣ بـ ٥ - ١٠ سم^٣ من تحت
 خلاة الرصاص ويكمل الحجم الى ١١٠ بالماء المقطر . تحرك وترشح بعد
 بضع دقائق ويفحص الراشح في مقياس الاستقطاب .

ج - الحموضة : لما كان احتواء المياه على اللب يؤثر في النتيجة وجبت
 معالجة النماذج على نسق واحد قبل التقدير بتركها مدة خمس دقائق لتروق
 ثم تؤخذ النماذج من القسم الرائق بماصة ما (pipette) وتعاير منها ٢ سم^٣
 بسائل قلوي معلوم العيار باستعمال فنول فتالئين كشعر .

د - المواد القابلة للتخثر بحامض الخل (درجة قابلية التخثر) : تقدر كالعصارات تماماً

هـ - السكر المتقلب : يقدر كالعصارات أيضاً .

٦ - العصاره (قبل المعالجة بحامض الفحم وبعدها)

اغذ النموذج - تؤخذ نماذج منفردة من حين لآخر وترشح للحال وهي حارة وتؤخذ نماذج منفردة من العصاره المعالجة بحامض الفحم ويجعل نموذج وسط بتوحيد النماذج الصغيره المأخوذة من كل خلقين والموضوعة في فارورات مسدودة . ويحلل المزيج مرتين في كل موضع

وفي المعالجة الدائمة بحامض الفحم تؤخذ النماذج كل ربع ساعة .

أ - درجة بريكس : كالعصاره الاصلية .

ب - الاستقطاب : تجري العملية على ١٠٠ سم^٣ من العصاره أو ١٠ سم^٣ منها كعصاره الانشطار تماماً . ونعدل بحامض الخل

عصاره المعالجة الاولى بحامض الفحم باستعمال فنول فتالئين كشهر

ج - القلوية : يؤخذ من العصاره ١٠ سم^٣ م ويضاف اليها مقدار كاف من الماء المقطر (او الماء المعتدل التفاعل على الفتالئين) حتى تسهل رؤية تحول اللون .

د - الفحص بقياس اللون : العصاره المستعملة لتقدير درجة بريكس نفحص بقياس لون ستامير (Stammer) ونقيد بدرجة ستامير .

هـ - لاجل المراقبة الدقيقة :

أ - يعدل بحامض الخل ، نموذج وعصارتها المعالجة الاولى بحامض الفحم بعد تقدير القلوية ثم يغلى و يقطر بعد وضع حلزون مبرد . ثم يترك

ليبرد ويرشح ويعاير من جديد . واذا كان الراشح يدي تفاعلاً شديداً مع اكر الالة الامونياك (حموضة الامونياك) يستحسن تقدير كمية الكلس باستعمال محلول الصابون المعاير .

٢ - يغلى غودج من عصارة المعالجة الاولى بجامض الفحم ويرد ثم يحرك ويرشح ويعاير .

٣ - اذا ظهرت من التجربة الثانية ان القلوية قد انخفضت بشدة تجرد العصارة (défequer) من جديدة باستعمال الكلس .

اما المعصارة المعالجة بجامض السلفور فيجب ان نفحص بكلور الباريوم في سائل معدل التفاعل عند تحري السلفيت (sulfites) . فاذا ذاب الراسب في حامض الكلور يدريك يستدل على وجود حامض السالفور فقط . وقد ان حامض الكبريت . واما اذا كان حامض السلفور بمقدار كبير فتغلى بشدة و يلاحظ في هذه الاثناء تكون راسب . فيتحرى حامض السلفور من جديد بعد الترشيح . واذا دعت الحاجة يجب ان يعالج بالكلس ويحرق غاز حامض الفحم من جديد ويتحرى حامض السلفور وفي الراشح العالي .

٧ - المعصارة بعد التبخير

اخذ النموذج - تؤخذ نماذج كالمعصارة المعالجة بجامض الفحم او يؤخذ كل نصف ساعة غودج من حوض الجذب ويخلل المزيج مرتين في كل موضع .

أ - درجة بريكس : تقدر إما بمقياس الكثافة او ميزان موهر أو دورق كثافة ذي ميزان للحرارة (picnomètre) .

ب - الاستقطاب : يمدل تفاعل (١٠ غرامات) بحامض الخل بوجود فتول فتالئين كشعر ثم يروق تحت خلاة الرصاص ويكمل الحجم الى ١٠٠ سم^٣ ثم يفحص بمقياس الاستقطاب .

ج - القلوية : تؤخذ من الشراب ١٠ غرامات وتؤخذ بالماء المعتدل التفاعل على الفتالئين ، حتى يكون تبدل اللون مرئياً ، ثم تعابر .

د - المادة الجافة : يكفي اخذ ومل غير حديدي بنسبة ١/٢٥ الى المادة الجافة فلاجل خمسين غراماً من الرمل غير الحديدي توزن ثلاثة غرامات من الشراب وتجفف في الخلاء بدرجة ١٠٥-١١٠ .

هـ - تقدير الكلس : يقدر الكلس ، بالمعالجة بحامض النعم ويتحرى صلفيت الكلس كما في العصاره .

و - الفحص بمقياس اللون : يجري كما في العصاره .

ز - السكر المنقلب : اذا كان التفاعل حامضاً او اذا كانت الرائحة غير طبيعية يمدد النموذج بالماء حتى ١٠ بريكس ويعالج بمحلول الصودا الكثيف ويحرك و يطفى منه قسم فاذا بدا لون اسمر واضح يجب تقدير السكر المنقلب كما هي الحال في السكر الخام ولكن باستعمال ١٢ غراماً من المادة .
« انتهى »



عيار دقيق

لحامض البول في البول

للصيدلي عبد الوهاب القنوازي استاذ الكيمياء

نشرت مجلة الكيمياء والصيدلة في عددها التاسع الصادر في ١ تشرين الثاني ١٩٢٦ تحت عنوان « عيار دقيق لحامض البول في البول بقلم المسيو ر . دانه (R. Danet) وبعد الاطلاع عليه وتجرّبه في مخبر الكيمياء في المعهد الطبي وفي مخبر الاستاذ احمد حمدي بك الحياط الخاص ومقارنته بالطرق التي كنا تتبعها سابقاً وجدته يرجح عليها لبساطته وسهولته وقلة نفقاته ودقته . وهو معدّل عن طريقة رونشز المعروفة .

كيفية العمل — يوضع في انبوب مثقلة (centrifugeur) ١٠ عس^٣ من البول وغرام ونصف ملح النشادر (كلورور الامونيوم وه ١٥ عس^٣ من محلول النشادر (آمونياك) يرجع الانبوب بما فيه لينحل الملح اولاً وليمتزج البول به جيداً ويترك نصف ساعة في معزل ومن ثم تدار المثقلة باليد او بالكهرباء بعد وضع الانبوب فيها حتى رواف المائع روافاً تاماً ورسوب ذرات بولات النشادر الى الأسفل رسوباً كاملاً . فيسكب المائع الرائق دفعة واحدة فيبقى الراسب لاصقاً في قعر الانبوب فيضاف اليه قليل من محلول رونشز (محلول ملح النشادر وروح النشادر في الماء) لغسله (٢ عشم^٣ تقريباً) ويعاد الانبوب للمثقلة التي تدور مرة

ثانية حتى يلصق الراسب مرة أخرى ويروق المائع الساج فيسكب دفعة واحدة أيضاً لتفرقه عن الراسب المطلوب

وحينئذ ينقل الراسب الى قدح تجربة مع ٣٠ عشم^٣ من الماء ويحل
يضع نقاط من محلول حامض الخل $\frac{1}{10}$ (بقدر الكفاية) . ويضاف اليه
٢ عشم^٣ من محلول ثاني فحمات الصوديوم والبورق المشبع بالبرودة ويجب
ان يعيد فعل الوسط قليلاً على عباد الشمس بان يوضع من هذا المحلول
بقدر الكفاية لأن زيادته لا تؤثر في اليود

و يقطر محلول اليود الخمسيني (N/50) من قطارة موز مع التحريك
الدائم حتى يحصل في القدح لون اصفر فاقع جداً ثبت طويلاً بعد التحريك
الطويل . وهنا ختام العمل

الحساب - كل عشم^٣ من محلول اليود الخمسيني المارالذكر تعادل ٠.١٠٠١٦٨ .
فاذا ضرب المصروف من العشم^٣ من محلول اليود بـ ٠.١٠٠١٦٨ ينتج
مقدار حامض البول في ١٠ عشم^٣ من البول وبضرب النتيجة بـ ١٠٠
ينتج مقداره في الاثر وهكذا . والنتيجة هنا هي نسبته الى حامض البول
ليس غير .



الى المشتركين الكرام

ان المعهد الطبي بدمشق قد اخذ على عاتقه ادارة هذه الحملة ولم يعد للمتعهدين اقل علاقة بها وهو يعلن المشتركين الكرام ان هذه الجزء العاشر وهو ختام السنة الرابعة قد ارسل الى المشتركين القديما كما ارسلت الاجزاء الثلاثة السابقة التي صدرت بعد انتقال ادارة الحملة الى المعهد جربة على المادة واحتسابا لتشويق نظام الحملة ونقص بعض اجزائها عن المشتركين غير انه منذ ابتداء السنة الجديدة اي منذ شهر كانون الثاني سيعف عن ارسال الحملة الى من لم يود اشتراكه مقدما فهو يرجو من المشتركين الكرام الذين وجد منهم كل موازرة حتى الآن ان يادروا الى دفع الاشتراك القديم وارسال قبعة الاشتراك الجديد ويقتدر اليهم لاتخاذ هذه القرار لانه يجد صعوبة في تعيين وكلاء يجيئون له الاشتراكات في البلدان البعيدة .

وقبعة الاشتراك نصف ليرة عشائية في بلدان الانتداب الفرنسي ونصف ليرة مصرية في الخارج ترسل باسم رئيس التحرير الدكتور مرشد خاطر الى المعهد الطبي

[الحملة]

دمشق

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق كانون الاول سنة ١٩٢٧ م الموافق لجمادى الثانية سنة ١٣٤٦ هـ

الم الكلية ونزفها المجهول السبب

للحكيم شوكة موفق الشطي استاذ في المعهد الطبي بدمشق

ذكر المؤلفون سلسلة بيلات دموية وآلام كلوية لا يزال درسها مشوشاً ولم يلفظوا عنها الكلمة الاخيرة حتى اليوم (الم الكلية، البيلة الدموية الطوعية، التهابات الكلية الخفية المغفلة، احتقان الكلية المزمن و... الخ) وقد تبين لنا من تمحيص المشاهدات العديدة التي ذكرت في هذا الصدد ان قسماً كبيراً منها سريري صرف لم تدعمه ابحاث المخابر وان نبذ امثال هذه الحالات واجب سعيّاً وراء الحقيقة الراهنة اذ قد يكون الألم الكلوي، والبيلة الدموية، عرضاً لامراض متعددة عصبية او حرضية (arthritiques) او بولية و... الخ

ولا بدل منظر الكلية الخارجي على سلامتها لانه قد ينجم من الكلية السليمة المنظر نزف دموي، غير لذلك لا يكتفى بمراى العضو الظاهر للحكم في سلامته وانما يجب ان يفحص خصصاً نسيجياً دقيقاً

ويرآى لنا امتداداً على المشاهدات التي جمعناها في سريريّات الاستاذ جانبرو (Jeanbrau) وعلى ما ذكر في المطبوعات الطبية وعلى الفحوص النسيجية التي أجريناها في مخبر الاستاذ غرنفلت (Grynfeldt) ان تقسيم هذه الحالات ثلاثة انواع أمر ينطبق على المنطق وهي :

١ - التهابات الكلية المحدثّة لبيئة الدم

٢ - التهابات الكلية الموهلة

٣ - بيلات الدم والتهابات الكلية التي لاسبب لها

اما الفئة الاخيرة فهي الفئة القليلة لان العلماء يجدون اليوم في كشف سبب لهذه البيلات الدموية والالتهابات الكلوية فقد لاتكون الكلية نفسها سبب هذه الاعراض بل يكون السبب مرض احدا الاعضاء الاخرى وقد يكون السبب خفياً جداً وبسيطاً للغاية حتى ان القاحص يمتقره فلا يلتفت اليه او يكون مشوشاً يصعب تحليله وكشفه . وصفوة القول انه لابد من سبب لآلم الكلية ونزفها

١ - البيلة الدموية

يقع نزف الكلية بطريقتين :

١ - نزف الكلية التمزقي تحدث الآفة فيه ضياعاً مادياً في العضد الوعائي كما في الرض والقرح وقد يتمزق الوعاء من وجود تفاوت بين توتر الدم ومثانة الاعضاء الوعائية .

٢ - نزف الكلية الانسلالي (par diapedèse) ينجم من التهاب

الكلية في اغلب الاحيان

وقد يقع النزف دون ان يتمزق الوعاء او يلهب العضو وانما تخضع الاوعية الكلوية في هذه الحالة لشروط خاصة فتتعدد وتوسع وتفتح الاوعية الشعرية والوريدات الصغيرة وتكبر وتفرغ أخلية ارنولد (Arnold) فتخرج منها عناصر الدم ويقع النزف . وما لا يشك فيه ان لازياء توتر الدم دخلاً في احداث هذا النزف

نذكر فيما يلي اسماء الامراض التي قد تحدث العرض المذكور :

أ - آفات الكلية : الرض ، الحصى ، التهاب الكلية ، الاورام ، الصمامة (embolie) ، الاحتشاء ، خثرة (thrombus) الاوردة الكلوية ، دوالي اوردة الكلية والحويضة ، ام دم الشريان الكلوي ، سل الكلية ، زهرية ، استسقاؤها (hydronéphrose) ، التهاب الحويضة ، تعيج الكلية ، الكلية السابجة ، الحمل ، الارضاع ، ازدياد توتر البول في المثانة ، احتقان الكلية الاحتمامي (١) الور يدي ، تصلب شرايين الكلية

ب - آفات الاعضاء الاخرى : اورام الطحال ، الطحال البردائي ،

تشمع الكبد ، اليرقانان الوخيم والمادي ، امراض القلب

ج - تبدل تركيب الدم : الداء المنزفي (٢) (hemophilie) ، داء الحفر

داء ورلوف ايضاض الدم ، داء بارلو

د - التسمات : بالذراح (cantharide) ، عطر النفط ، الفوسفور ،

(١) نفضل كلمة احتمامي على كلمة منفعل للدلالة على الاحتقان الور يدي لأن الدم يجبس في هذه الحالة في العضو . وهذه الكلمة من اوضاع العلامة المرحوم عيسى باشا حمدي

(٢) هذه الكلمة من وضع الحكيم الاستاذ مرشد بك خاطر

الزرنخ، الاوروتروبين، الثيورومين .

٥ - الانتانات : الحميات الانتانية الحادة : الجدري ، البرداء ، الخناقات

و - الامراض العصبية : السهام (tabès) ، التهاب الاعصاب المتعدد

(polynévrite) المستيريا

ز - الطفيليات : البلهارزيا

وقد تكون البيلة الدموية أو ألم الكلية العرض الوحيد لأحد هذه الامراض . وهناك ذمرة بيلاستدموية وآلام كلوية اخرى مستقلة عن الامراض المذكورة قال عنها الاستاذ مار يون في سياق بحثاته مايلي « ان لبعض الاشخاص استعداداً خاصاً للنزف مستقلاً عن الداء النزفي » ويظهر ان هذه هذين العرضين ينجبان في اكثر هذه الاحوال من احتقان الكلية . احتقاناً بسيطاً لا يطرأ فيه ادنى اضطراب على بناء الكلية وتشرمجها .

٢ - تاريخ البيلة الدموية والآلام الكلوية المجهولة السبب

لفتت تغيرات البول في الاحوال الخلقية « الفسيولوجية » المتنوعة والمرضية انظار القدماء فأعاروا ذلك جانباً عظيماً من الاهتمام وأخذوا يدونون التبدلات التي كانت تطرأ على صفاته الطبيعية والكيمائية والحيائية وهذا ماقادهم الى معرفة العوامل المحدثة للبيلة الدموية . وقد كانت سيطرة آلام الكلية وييلتها الدموية اللامسببة عظيمة قبل العهد البقراطي وشاملة لجميع انواع البيلات الدموية اذا استثنينا منها البيلات الرضية . لاحظ أبقراط ان سبب بعض هذه البيلات المثانة والبعض الآخر الكلية وانه لا بد من تمزق احد الاوعية لوقوع البيلة الدموية فالبيلة الدموية في رأيه دليل على

آفة في الطرق البولية . ثم اتى بعده سلسوس فدعم اراءه وبجث عن بيلة الدم في حصاة المثانة والكلية ثم وصف رفوس (Refus) الوسائط التي تمكن الفاحص بتدقيقه في التفسرة من معرفة منشأ البيلة الدموية ووصف ايضاً الاعراض التي تلو النزف الغزير وكان اول من عرف ضنى الكلية ويث ارشينية (Archigné) وغاليان عن ذلك بجثاً مدققاً فلخصا اقوال السلف وذكر السن التي يقع فيها هذا العرض فاثبتا انه يعترى الشيوخ في الغالب وابانا ان التهاب الكلية قد يحدث البيلة الدموية وان التهاب احد الاعضاء يسبب نزف ذلك العضو

وذكر ارته (Areté) ان في بعض الاشخاص استعداداً خاصاً للنزف ثم اسلم اطباء العرب مقاليد العلوم الطبية فحدثوا المخاير والتفسرة وتقصوا في هذا البحث تقصياً بعيداً وقد اثبتت ابحاث معاهد بغداد ودمشق والانديس الزاهرة ان البيلة الدموية قد تنجم من امراض الكبد والطحال والانتانات العامة نطت هذه القضية في عهدهم شوطاً بعيداً لأنهم عرفوا انه قد لا يكون في الكلية سبب ما يوضح وقوع النزف بل يكون مقر الآفة في عضو آخر

وحذا بطرس فرنك (Pierre Frank) حذو اطباء العرب فذكر مشاهدة رجل اعثرته بيلة دموية شديدة افضت به الى اللحد ففتحت جثته فبدا طحاله مصاباً بورم ضخم وقد علل مارتن بوغدن (Martin Bogdan) ذلك بان الطحال الضخم يضغط الكلية اليسرى ويحدث فيها احتقاناً فنزف الا ان راير (Rayer) لم يحار المؤلف مارتن في ارائه وقد ذكر دحض الكلام

مارتن انه شاهد طحالاً ضخماً ضغط الكلية اليسرى ضغطاً شديداً حتى انه بدل شكلها الا انها لم تنزف على الرغم من ذلك ولم يظهر اثر البيلة الدموية وقد درس اطباء العصر الحاضر هذه القضية فاثبتوا صحة اراء مارتن بوغدان وارا المعاهد العربية القديمة اما سبب النزف على زعم اجدادنا فهو: تبدلات خلطية دموية او انضغاط الكلية باحد الاعضاء المجاورة الضخمة بحث اطباء العرب عن البيلة الدموية المعیضة في النساء او المتسمة في النساء والرجال ودعوا اقوالهم بمشاهدات عديدة وعرفوا ان السل مرض يقع في العضوين (الكلية، والرئة) معاً فكانوا اول من عرف السل الكلوي وطالع دودن ورفوس (Doden et Refus) اراء العرب والمشاهدات المدونة في كتبهم فعرفوا ضعف الكلية وذكر مارسل دانتو في رسالته عن النزف حادثة رجل اصيب بنزف كلوي وفي معدتي واعضاء اخرى فكانت مشاهدته هذه دليلاً قاطعاً على الداء النزفي وزاد سلفيوس (Sylvius) على من سبقه ان البيلة الدموية علامة حسنة تدراً في بعض الاحيان الخطر عن العضوية وان احترامها واجب

واما شنك (Schnech) وهو اول من جمع قطعاً تشريحية فقد ذكر حادثة شخص دموي المزاج اعتراه نزف معوي وبيلة دموية معاً وكنكم المؤلف نفسه عن راهبة انقطع طمثها بضعة اشهر فاخذت تبول دماً كثيراً وما قيل في البيلة الدموية منطبق على الم الكلية

ان ما ذكر حتى الآن سابق للدور المجهرى ومستقى من المعلومات السريرية والتشريح المرضي المنظور فقط وبما انه قد ثبت ان الكلية

الطبيعية المنظر قد تكون مصابة بأفات نسيجية وخيمة كما رأينا في سريريات الاستاذ جانبرو كان الاكتفاء بالابحاث السطحية التي لم يدعمها المجهر مزدوداً لنأت على اراء ريشار برايت (Bright) كبير المستقيصين في امراض الكلية . اثبت هذا العالم ان الم الكلية و بيلة الدم قد يكونا عرضين للتهاب الكلية المزمن . وكان يعتقدانه لا بد من مصاحبة احد هذين العرضين لعلامات اخرى كانهجاس الكلورور و بيلة الآحين . . . الخ . الا ان جرأة الجراحين في عهدنا الحاضر فتحت لهم الطريق فخرعوا الكلية لتشخيص مرض اغمض امره او لخطاء في التشخيص (حصاة الكلية ، سرطانها ، سلها) ولا سيما بعد ان عرف ان رمل الكلية وحصاتها واورامها قد تكون مغفلة لا تبدو الا ببيلة الدم او بالم الكلية فقط .

فأستأصل بيان (Péan) كلية بدت فيها الام مزعجة و بيلة دموية ظناً منه ان فيها حصاة وكان سباتيه (Sabattier) اول من بحث عن البيلة الدموية داعماً ابحاثه بالاستقصاءات النسيجية فنشر مقالا في المجلة الجراحية عنوانه «الام الكلية و بيلتها الدموية» واثبت فيما يلي خلاصة مشاهدته . رجل له من العمر ٣٠ عاماً اصيب بقولنج في خاصرته اليمنى و بيلة دموية فانسب ذلك الى حصاة الكلية فاستأصلها واطبها معاينة بسيطة فظهرت سليمة ثم فحصها فحصاً نسيجياً فظهر انها كانت مصابة بأفات النهائية مزمنة . ثم نشرت في هذا الصدد مشاهدات متعددة فذكر هوارد كلي (Howard A. Kelly) حادثتين صادفهما في مستشفى و كانت الاولى حادثة بيلة دموية منقطعة مصحوبة بالام كلوية والثانية بيلة دموية صرفة استأصل

الكليتين فوجد منظرهما الخارجى سالماً وتبين له من فحصها النسيجي انها كانتا سالمتين ايضاً . وقد جمع ٢٤ حادثة نزف كلوي لاسبب له لم يبد فيها افات نسيجية الا في كليتين فقط .

ودرس هانري موريس (Henry Morris) هذه القضية في كتابه (origin and progres of rénal surgery) فأبان ان تشخيص الرمل الكلوي صعب في بعض الاحيان اذ قد يبول المريض دماً ويصاب بقولنج مع ان الكلية سالمة . وقد اخطأ في التشخيص مراراً فخرج كلى ظناً منه ان فيها حصاة فرأى انها على عكس ما ظن مصابة باحتقان وردي من او بهبوط او بالتواء الاوردة الكلوية في التقير او باحتقان وردي يصعب تعليله ولعلنا نأج من تكشف النسيج الخلوي المحيط بالكلية: وقد تكلم داود نومان (David Neuman) عن حادثة بيلة دموية ناجمة من السبب المذكور ثم اتى اسرائيل على ذكر الاسباب الحالية فرأى ان كثيراً ما ينجم الألم القطني والبيلة الدموية من امراض الحالب ونشر هورد مارش مشاهدة نلخصها فيما يلي

امراً لها من الفم ٢٥ سنة اصيبت وهي في الثامنة عشرة من عمرها بالام في القطن الايسر ونوب بيلة دموية شديدة دفعت الجراح المذكور الى الاستقصاء في الكلية ففحصها لانه رأى فيها ثلاث حصيات مختلفة الحجم . بدأت هذه المريضة تتألم من جانبها الايمن بعد مضي شهرين على العملية الاولى وظلت تتحمل هذه الآلام مدة اربع سنوات اخبر في خلالها حالها وكليتها مراراً وبدأ من فحصها انها كانتا سالمتين فأجرى لها عملية استقصائية ثانية قضت نجحها على اثرها وقد تبين من فحص اعضائها بعد الموت انه ليس في كليتها حصاة ولا آفة اخرى يمكن ان يعزى اليها سبب المرض فقبل ان هذه الآلام عصبية المنشأ .

تكلم البار ان (Albarran) عن ذلك فظهر ان الألمان قد أكثروا من الآلام القطنية والبيلات الدموية اللاسببية وحصر هذه الحوادث في حالات خاصة سنأتي عليها فيما بعد وقد قال لودانتو (Ledentu) في المؤتمر الطبي الثاني عشر ما يلي

تشبه بعض الآلام القطنية آلام القولنج الكلوي الرملي وتحدث بعض التهابات الكلية الجزئية أو التامة آلاماً شديدة مستعصية مماثلة للآلم الناجم من الرمل الكلوي حتى ان التشخيص يظل مستحبلاً ان لم تتوسط العينان أو اليد أو الموضع في جلاء غموضه ونشر اسرائيل مقالا هاماً في إحدى الجرائد الألمانية هذه خلاصته :

- ١- قد تكون الالتهابات في كلية واحدة
- ٢- قد ينجم القولنج الكلوي من التهاب الكلية
- ٣- من التهابات الكليتين معاً ما لا يبدو إلا في كلية واحدة
- ٤- من التهابات الكلية ما هو وخيم دون ان تبدو في بول المصابين به اسطوانات أو آحين .
- ٥- قد لا يحوي البول آحيناً على الرغم من وجود اسطوانات شفافة « hyalin » وحببية وبشرية فيه
- ٦- من التهابات الكلية ما لا يبدو الا بنوب بييلة دم اشتدادية
- ٧- قد يصحب القولنج البييلة الدموية أو لا يصحبها
- ٨- ان كثيراً من الامراض المصنفة في زمرة الالتهابات الكلوية اللاسببية وبيلات الدم الاساسية ناجمة من اصابة الكلية بالتهاب . ومن
- ٩- يؤثر خزع الكلية تأثيراً حسناً في تحسين سير التهابها
- ١٠- قد تشفى الإبالة « anurie » بخزع الكلية
- ١١- بفضل الأنقياط جروح الكلية

ونشر الاستاذ بوسون (Pousson) سلسلة أبحاث عن البيلة الدموية

كبيرة الفائدة

نسب راوز ينغ (Rowling) أكثر هذه الآلام والبيلات الدموية الى التهاب محيط الكلية والى التهابها اللبني و يعلن كومل (Kummel) ان التهاب الكلية المزمن يبدو باعراض الرمل الكلوي .

و يقول الحكيم ج . كيف (J. w. Keefe) انه رأى حادثة بيلة دموية والمقطني شديد لم يبد فحص الكلية النسيجي الدقيق فيها أدنى تبدل ويستنتج غودينو (Godineau) من تقصيه ان سبب ذلك التهاب كلية واحدة التهاباً جزئياً . ويقول فلاور انه شاهد حادثة لم تكن الكلية مصابة فيها بأبسط تغير على الرغم من ان الفحص كان في منتهى الدقة وجمع بنجامان س . بارنجر (Benjamin. S. Baringer) ٧٣ حادثة كانت الكلية مصابة فيها الا في ثلاث كان بناء الكلية فيها طبيعياً .

وبه كلي (Kelly) الى ان بيلة الدم قد تكون ضفناً على التهاب الذيل الدودي وقد شاهد مشاهدات عديدة تؤيد ما به اليه ويحث بوسون (Pousson) عن ذلك في معلمة (encyclopédie) الامراض البولية الفرنسية . وناقشت جمعية مسالك البول الفرنسية بذلك مراراً فاثبت الاستاذ لوغو (Legueu) ان هذا البحث عويص وسيتبقى عويصاً ايضاً مدة طويلة من الزمن .

وادعى ماريون (Marion) وجانبرو (Jeanbrau) ان الدم في هذه البيلة الدموية لا يتخثر ولا تصحبه خثر دموية خلافاً لبابان (Papin) ولوغو

(Legueu) الذين لم يقرأ بعلامة ماريون وجانبرو المذكورة وبمبحث فارلياك (Verliac) عن هذا الامر نسيجياً وقال انه لا بد من احداث صنف جديد في التهابات الكلية يجمع شتات هذه الحوادث. ويعتقد مارسان ان للجملة العصبية دخلا في هذه البيلات الدموية والالام الكلوية .

مداواة الزكام

ذكر الحكيم كوراور طريقة تضمن اسقاط الزكام ويومه بثلاثة ايام وهي تقوم بمسح غشاء الانف المخاطي بقطعة من القطن مبللة بالمحلول الاتي اولاً

نوفوكالين ٠٠٤٠ ستغراما

كظرين (ادرنالين) ٠٠٠١ مليغرام

ماء مقطر ١٩ سم

ثم يظليه بمحلول ازوتاة الفضة نسبته ١—٠٠٠ اعلى ان تستعمل قطيلة مخصوصة بكل منخر . فيزيل المحلول الاول احتقان الغشاء المخاطي وانتفاخه ويقتل الثاني الجراثيم النامية فيه

ش . م . ش



جرح في الناحية السباتية اليمنى

إشظا يا قنبلة منفجرة، عرض نخاعي شوكي ودي متصف بضمور
نصف الوجه الايسر وتشوشات وعائية في الطرف
العلوي الايسر، اتساع الحدقة اليسرى الشاذ،
ارتعاش العضد الايسر ارتعاشاً شبيهاً بارتعاش
التصلب اللويحي

للحكيم توابو استاذ في المعهد الطبي وطبيب المستشفيات العسكرية
ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ان المدعون • دخل مستشفى مار يوحنا في بيروت في ١٣ آذار سنة ١٩٢٦
للعناية طبية شرعية

كان قد اصيب في اثناء معركة اشبكت بها جنودنا مع الدروز في شهر آب
سنة ١٩٢٥ بشظية قذيفة منفجرة في الناحية السباتية اليمنى فلم يُغم عليه ولم يصب
بصدمة شديدة مع ان القذيفة انفجرت قريباً من قدميه •

ونقل في اليوم الثاني الى مستشفى دمشق حيث استخرجت من جرحه شظية
معدنية يبلغ طولها ٢-٣ سنتيمترات • وقد شعر الجريح منذ ذلك الوقت بثقل في
عضده وقدمه الايسر • واصيب ايضاً بكسل مثاني فكان يضطر الى الشد بضع دقائق
لكي يبول •

ثم ترك الخدمة العسكرية بعد ان صرف في المستشفى ٢٥ يوماً لان مدته كانت
قد انتهت وعاد الى بيته حيث ازداد ثقل طرفه العلوي الايسر وبدأ فيه الارتعاش
لرفع طلباً يسأل به تعويضاً عما لحق به فارسل الى قاعة مستشفى مار يوحنا حيث رأيناه
وقد تبين لمن معالنته حين دخوله انه لا تناظر في شقي وجهه وان هذا التباين كان

واضحاً جلياً فان الشق الايسر كان صغير الحجم بالنسبة الى الشق الآخر والعين اليسرى اصغر من اليمنى مع انها لم تكن غائرة والحدقة اليسرى اكثر اتساعاً من اليمنى ولم يكن في الوجه لقوة لان المريض كان قادر على النفخ والصغير يشفيه وكانت العضلات التي بعضها المثلث التوائم سليمة لاشلل فيها مع ان الضمور الموجود في الشق الايسر كان متناولاً الاقسام الرخوة والصقل معاً . وكانت اليد اليسرى اكثر تورداً من اليمنى واحر منها . ولم يكن فيها ارتعاش حين الراحة وانما كان يبدو فيها ارتعاش شبيه بارتعاش التصليب الربيعي نغني بذلك انه كان يظهر في اثناء الحركات فان الاصبع كانت تروح وتجيئ متى بلغت رأس الانف ولم تكن تزداد هذه الحركات التجمعية متى اغلقت العينان . وكان في اليد والساعد والمعد ضمور عضلي خفيف جداً مع ان جميع الحركات كانت تجري من تلقاء نفسها بدون صعوبة لان قوة العضو كانت طبيعية والافعال المنعكسة من وثيرة وعظمية كذلك . وكان الحس الجلدي سليماً وانما الحس بالالام والحرارة كان ناقصاً بعض النقص اما الحسيات العميقة فكانت طبيعية . وكنا نرى التقلصات الليفية في عضلات الكتف اليسرى ونحن نعاين المريض . وكان النبض الكمبزي الايسر اخف من الايمن .

واما التوتر الشر ياتي فقد كان :

العضد الايسر

العضد الايمن

١٠

١٣

التوتر الأقصى

٩

٩

التوتر الأدنى

وقد لاحظ الجريح ان يده اليسرى تهرق عرقاً اغزر من يده اليمنى . وكانت الافعال المنعكسة والحس طبيعية في الطرف العلوي الايمن . اما الطرفان السفليان فكان الفعل المنعكس الناعصي فيهما متزايداً الا انه في الطرف الايمن كان اخف مما هو عليه في الايسر وكانت تبدو في هذا الطرف الاخير بعض الارتعاشات نظيرة الصرع . والافعال المنعكسة الانحسية الانعطافية كانت موجودة في الطرفين . والافعال المنعكسة الصفية كانت طبيعية . والحسية العامة والافعال المنعكسة والحسية في ناحية البطن كذلك .

وقد ابدت لنا الاشعة الجبولة ان صقل (squelette) ناحية العنق سليم وانه لا اجسام

اجنبية في القناة الفقرية ولا في النخاع الشوكي . وقد استخرجنا بالزلزلة القطني مائعا دماغيا شوكيا صافيا توتره متزايد بعض التزايد فيه ٣٠٢ عناصر في الملمتر المكعب وكان تفاعل بورده واسرمان فيه سلبيا ومقدار الاحين فيه ٠٦٢٠ سنتغراما والسكر ٠٦٨٥ سنتغراما وقد استنتجنا من معاينة الاعصاب والعضلات الكهربائية الامور الآتية : لم نجد فرقا محسوسا بين شقي الجسد الاضعفا في تقلص بعض العضلات التي يعصبها العصب النجعي وفي الصدرية الكبيرة وعضلات الساعد العاطفة العميقة وبأسطة الاصابع في الطرف العلوي الايسر وذلك اثناء التيارين الطفاني والفرادي . ولم يكن للهزات صفة خاصة ولم نجد التفاعل المستطيل ولا تفاعل الاستحالة .

تستنتج من هذه المشاهدات استنتاجات جلييلة الفائدة . فان الآفة النخاعية الشوكية واضحة ودليها عرض الحزمة الهرمية في الجانبين واضطراب المثانة وبدء انفراق الحس كما في ناسور النخاع الشوكي (syringomyélie) وبدء الانفراق الخلوي الاحيني (dissociation cyto-albuminique) في السائل الدماغي الشوكي وازدياد السكر ازيداداً خفيفاً . وما التشوشات الودية الوعائية والغذائية الا ناشئة ايضاً من الآفة النخاعية الشوكية لانها ليست موجودة الا في اليسار ولان الجرح الذي سببته شظية القذيفة المنفجرة واقع في الناحية السبائية اليمنى فلا يستطيع اذن نسبة هذه التشوشات الى آفة واقعة في الودي العنقي (sympathique cervical) خارج النخاع الشوكي . ولا يغرب ان مركزاً ودباً كبير الاهمية واقع في هذا القسم من النخاع الشوكي الذي اصابته الآفة . غير انه كان من الواجب ان نشاهد عرض دجارين كلومبك (Dégérine-Klumpke) وليس العرض الودي الذي وصفناه . ان الفرجة الجفنية اليسرى ناقصة غير ان نقصها معادل للنقص الذي اصاب مجمل الشق الايسر وليست العين غائبة ولا الحدقة اليسرى

متضيقه وانما هي اكبر من اليمنى لانجهل ان التبدلات الغذائية العصبية المشاء
 في احد شقي الوجه قد اعلنها دجار بن وميرلي (Mirallie) في ناسور النخاع
 الشوكي وانها تنجم من شلل الالياف الودية في النخاع الشوكي المجاورة للالياف
 التي اذا تلفت كان منها عرض دجار بن كلومبك فلا عجب اذا وجدناها في
 مريضنا هذا وكانت ناشئة من ورم دموي نخاعي شوكي (hémato myélie)
 لانه وحده كاف لتعليل هذه الاعراض جميعها ولا نجهل ان الورم الدموي
 النخاعي الشوكي يجب ان يكون كبيراً جداً لكي يتوصل الى احداث تشويشات
 مثابة وان وجوده في مريضنا يعجب لان الصدمة العصبية الناجمة من
 انقبجار القذيفة لم تكن شديدة . واننا نعتقد ان الالياف الغذائية العائدة الى
 الوجه وحدها قد اصبحت يد ان الالياف العائدة الى المقلة بقيت سليمة .
 ولا بد لنا من التنبيه في هذه المشاهدة التي كان الورم الدموي النخاعي
 الشوكي فيها مستقراً في القطعة العنقية السفلى من النخاع الشوكي الى : ان
 الطرفين الملوين لم يشلا والى ان عرض دجار بن كلومبك لم يكن موجوداً
 وانما اعراض عنه عرض ودي آخر وهو التبدل الغذائي العصبي في احد شقي
 الوجه . وان توسع الحدقة العين اليسرى المخالف للانزاع عادة يستحق التفاتاً خاصاً
 فان هذه الحدقة اليسرى طبيعية متى تأملنا فيها تأملاً دقيقاً واذا بدت لنا
 متوسعة فما ذلك الا لان الحدقة اليمنى متضيقه بضعفاً شديداً لانها تكاد
 تكون تقطعية وما سبب ذلك الا تبدل طراً على الجهاز الودي العنقي الأيمن
 خارج النخاع الشوكي كان سببه المرمي نفسه او العملية الجراحية التي استخرج
 بها ذلك المرمي وهذا مادعانا الى القول في عنوان بحثنا هذا ان الحدقة

اليسرى متوسعة توسعاً شاذاً .

وان ارتعاشات الطرف العلوي الايسر انشبيهة بارتعاشات التصلب اللويحي والارتعاشات الليفيه العضلية التقلصية الصفة- (à caractère myoclonique) نادرة ايضاً في جروح النخاع الشوكي وآفاته ولكننا نعللها هنا بفضل ما نعرفه عن تشرح النخاع الشوكي المرضى في التشوش الحركي الارثي المخيخي (héréd-ataxie cerebelleuse) وهي الاعمال التي قام بها حديثاً كارلس فواو ترانيا كوف . ان الارتعاشات الليفيه العضلية التقلصية الصفة والارتعاش الشبيه بارتعاش التصلب اللويحي نعللها هنا باصابة عمدة كلارك المشتركة مع آفة غوراسية (Gowersienne) .

اشعار طيبة

قال ابن الصائغ الجزري المعروف بالعنبري

ثقله الجسم يستمدّ غذاءه	طلباً منه للبقا والدوام
هو لما رأى التحلل طبعا	اخلق المثل بالغذا والطعام

وقال ابن نباتة المصري

ربّ سوداء مقلّة هيّجت لي	داء وجلده اعظم به من داء
ليت رهان صدرها كان يجني	فهو بعض الدوا من السوداء

عيسى اسكندر المعلوف



معالجة الفتق الاربي الجراحية (١)

للحكيم لومر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد لحاطر

ان هذا الموضوع، وان بدا لكم تافهاً لان الفتوق كثيرة ولان العمليات التي تجري امامكم منها عديدة، قد لفت انظار الجراحين في ايامنا الحاضرة فتناقشوا فيه ملياً . ولسنا غالي اذا قلنا ان عدد الطرق الجراحية معادل لعدد الجراحين . وان الجراحين الحديثين العهد بالجراحة يستنبطون في بعض الاوقات طريقة جديدة كما ان القدماء منهم لا يزالون متمسكين بطرقهم القديمة وان الجدال بينهم لا يزال مستمراً . وقد كان هذا الجدال شديداً منذ ثلاثين سنة حينما كنت ادرس الطب ولم ينته حتى الان لان كل جراح لا يزال متمسكاً بطريقته الخاصة التي يفضلها على سواها من الطرق واني ساوردكم الاسباب التي حدثتني الى استعمال الطريقة التي اخترتها بمد ممارسة طويلة وهي الطريقة التي اتبعها في اكثر الاوقات امامكم .

انني ادعوكم اولاً الى نبذ هذا التعبير (الشفاء التام Cure radicale) الذي اسمعكم تلتفظون به غالباً لان الجراحة لا تستطيع معها كانت الطريقة الجراحية التي استعملناها ومهما كان اعتناؤنا باجرائها شديداً ان ثقتي بان ذلك الفتق لا ينكس . لان ضعفنا غير متغير في الايام التي تلتو العملية سواء أ كان مسبباً من الادوات الجراحية ام من العملية نفسها ام من المريض

(١) محاضرة القيت على الطلبة في ١٨ تشرين الاول سنة ١٩٢٧

كاف لتبديد هذا الامل . فكما ان من الناس من لا يصابون ابداً
بفتق فان منهم من ننكس فتوقهم دائماً لأن جدار البطن في الاولين متين
قوي وهو في الآخر ينضعف مما اعتني بترميمه . وان المستقبل وحده
يبيدي لكم نتيجة علميتكم لانكم اذا اعدتم الى الاحصاءات ثبت لكم ان الفتوق الاربية
(Inguinales) اذا كانت مائلة وحشية ننكس بما يعادل ٢-٣ بالمائة او كانت
مستقيمة ننكس بما يعادل ٤ بالمائة . مما كانت الطريقة التي استعملت في اجرائها .
فما هي الطرق الجراحية الأكثر استعمالاً ياترى ؟ يحق لنا ان نقول
انها تعود في وقتنا الحاضر الى نموذجين : طريقة لوقاشمبونيار التي تقوم
بترميم جدار القناة الاربية الامامي بعد قطع الكيس . وطريقة باسيني التي
تقوم بترميم الجدار الخلفي لهذه القناة .

واني ابادر الى اطلاعكم على ان طريقة باسيني هي من جميع الوجوه
الطريقة المنطبقة على المنطق والتشريح وانها افضل من الاولى وان حمايتها
يستطيعون اقتناع معارضيه مع انهم انفسهم ليسوا متفقين على طرز اجرائها
ولا على ما اذا كان الافضل الطرز الذي وضعه باسيني او الطرز المعدل .
غير انه لا بد من المشاهدات لتأييد النظريات وان للمشاهدات في السريريات
المقام الاول فاذا نظرنا اليها تبين لنا ان طريقة باسيني ليست حسب رأيي
الخاص ، افضل من الطريقة التي استعملها هذا اذا لم اقل انها في بعض
الافاق اقل فائدة منها وعدا ذلك فان طريقة باسيني اصعب اجراً
انني اعود الى بنص النقاط التشريرية لكي ادمع ما أقول : لا بد لنا في
معالجة الفتق الجراحية من مراعاة امرين : جدار البطن وكيس الفتق

ولا يتعرض لمحتوي الكيس اما جدار القناة الامامي فالنقاط التشريحية التي تهمنا فيه هي نقاط ارتكازات المنحرفة الكبيرة الانتهائية (القوس الفخذية العمودان الانسي والوحشي لقوة القناة الظاهرة) واما جدارها الخلفي فتقاطه المهمة هي الوتر المشترك والنقطة الضعيفة ونعني بها الحلاء الموجود بين الوتر المشترك والحافة الخلفية للميزابة المولفة من القوس وليس في هذا الحلاء سوى اللقافة المعترضة التي يسهل تمزقها والتغلب عليها في بعض الاشخاص اما التفصيلات التشريحية فأنني اضرب عنها صفحاً .

الكيس : مؤلف من القناة الخلية (البريطولية) التي بقيت مفتوحة او عادت الى الانفتاح لتعب او حمل حمل ثقيل او سواهما من الاسباب .
وتركب هذه القناة الخلية القميصية (péritonéo-vaginale) من القسم الاكثر انخفاضاً من الجوف الخلي في الجنين . فهو يغور في الصفن في الذكور ويخترق الشفر الكبير في الاناث وبعدها يجتاز القناة الاربية ينطلق ويضمحل . هذا في الحالة الطبيعية غير ان هذا الانغلاق قد لا يقع او قد يبقى ناقصاً نعني بذلك ان القناة الخلية القميصية تحتق اختناقات في ارتفاعات مختلفة لا تقضي الى انسدادها التام وهذه الانسدادات تكون سبباً في تكون انواع عديدة من الاكياس والادرة المائية (hydrocèle) او الفتوق الولادية .

وان فتوق الاطفال واليغان واكثر فتوق الكهول هي ولادية لانها تكون في القناة الخلية القميصية التي ظلت مفتوحة . فالفتق الولادي فتق قد وجد كبسه قبل نزول الاحشاء البطنية فيه ونزول الاحشاء قد

لا يقع الا في سن الكهولة . فيجب اذن ان نصنع مالم تصعنه الطبيعة اي ان نزيل الكيس فنكون قد ازلنا الفتق . وهذا هو العامل الكبير الاهمية في معالجة الفتق الجراحية . غير انه تحاشياً للنكس يترتب علينا ان نزيله كله اي ان نفصله الى ابعد نقطة يستطيع الوصول اليها الى مافوق العنق ونقطعه . وثبته بالجدار اذا قضت الضرورة حسب طريقة باركر . فاذا كانت الطبقات الجدارية متينة وقوية كان البحث في ترميمها فضولياً وكانت الطرق المستعملة في الترميم جميعها حسنة وكان افضلها ابسطها .

واذا كان كيس الفتق مكتسباً ويعرف بان الاسهر (canal deferent) لا يلتصق به ، واذا كانت النقطة الضعيفة قد غلبت وكانت الطبقات مسترخية وجب ولا مشاحة ان يرم الجدار ترميماً تشريحياً حسناً . فاما ان تكون العضلات قد بقيت متينة واحتفظت بقوتها فتكفي غرزتان او ثلاث غرز لتقوية النقطة الضعيفة او ان تكون العضلات مسترخية والوتر المشترك قد امحى فلم يبق منه الا بعض الياق طفيفة وصفاق المنحرفة الكبيرة قد ضعف فيتمزق لاقل شد والناحية جميعها قد عادت ضعيفة فلا تفيد حينئذ كثرة الغرز لانها عوضاً عن ان تقوي الجدار تعمل على تمزيقه واضعافه وتهدم البقية الباقية منه . ولعل خلق هذه النسيج والياقها العضلية واعصابها واوعيتها بالخيوط ومنع الدم عن الورود اليها بمحدثان تصلباً ندياً لا يعادل بمئاته النسيج الاولى المبدئية .

لنكتف اذن بالقليل ولنمتنع عن رض نسيج يحجب علينا ان نختبرها ولنسند الفوهة كما نستطيع بما يبدو امام اعيننا دون ان نزيد في الطين بلة

ونحن نعتقد اننا نسير بموجب القاعدة والفن .

ماذا يصنع في طريقة باسيني ؟ لست ابحث فيما اذا كان مرور الحبل المنوي وراء جدار القناة الخلفي مفضلاً على مروره امامه ام ان الامر على العكس من ذلك . ولكن ما اعيره الاهمية الكبرى انما هو ترميم هذا الجدار واست اعني بالجدار الذي يجب ترميمه الجدار الذي لا يزال قوياً ولا حاجة له كما قلت آنفاً بهذا الترميم وانما اعني به الجدار الضعيف الرث فالى جدار كهذا يجب ان توجه العناية وان تختار الطريقة الفضلى . فاذا جددنا في تحرير الوتر المشترك او ما بقي منه وحافة القوس نكون قد قضينا على البقية الباقية من النقطة الضعيفة . وكثيراً ما تكون حافة القوس قد امتحت فيترتب علينا ان نجد حافة جديدة فنأخذ بمناقش حزمة من الالياف الطولية ونغرز الابرة فيها لكي نخيطها بما بقي من الوتر المشترك . وبما ان الصفق في هذه الناحية ليست باكثر متانة من العضلات فانها تلتشق وتتمزق ومتى شدت الخيوط بقي الوتر المشترك سليماً واما الصفاق فلم يسلم . وكما غرزت الابرة مرة تكون ثقب كبير في الصفاق وانتهى الامر باقتراب هذه الحزمة الصفاقية التي مررت الابرة وراءها من الوتر المشترك وانفصلها عن القسم الباقي منه . ومتى مررنا الى خياطة صفاق المنحرفة الكبيرة لنزعم به الجدار الامامي اكل الشد الذي نحدثه من الاسفل الى الاعلى هذا التمزق الذي بدأ بالقوس الفخذية وانقسمت الياف القوس قسمين تفصلهما فرجة واسعة لا يسترها غير الجدار الامامي . فتعود الطريقة مع انها كانت طريقة باسيني كطريقة لوقا شمبيونار فنكون قد اضعنا وقتاً طويلاً لافائدة منه البتة

واساناً إجراء طريقة شامبيونيار . فطريقة باسبيني في حاله كهذه طريقة سيئة لانها تخرب النسيج تخريباً كبيراً بيد ان الطريقة التي اجرىها امامكم هي طريقة تجمع مع بساطة لوقا شمبيونار خفض الوتر المشترك لتسد به النقطة الضعيفة فهي ابسط من باسبيني وكافية لترميم الجدار الخلقي وارضاء الذين يهمهم هذا الامر .

فما هو طرز اجراء هذه العملية في معالجة الفتق الاربي ؟

أ - يشق الجلد حسب اتجاه القناة الاربية كما في الطرق الاخرى غير ان الشق يختلف عن تلك بقصره لانه مامن حاجة الى إيصال الشق الى ناحية الصفن ولا الى اعلا نحر البطن . فان ٧-٨ سنتيمترات كافية لترىكم بعد استخدام المبعديات كل ماترغبون في رؤيته منذ الفوهة الباطنة للقناة الاربية حتى الفوهة الظاهرة التي يجب ان تعد الحد الاسفل للشق .

ثم تربط الشرايين النازقة في شفتي الجرح و يفرق النسيج الشحمي المنطوي للصفاق لكي يظهر جيداً بطرف مقص كالـ يستخدمونه كما تستخدمون المسبار المثني

٢ - ثم تضعون على فوهة القناة الاربية الظاهرة منقاشين وتشقون صفاق المنحرفة الكبيرة حتى تروا الحبل المنوي ماراً تحت الوتر المشترك وتشقون الطبقة الليفية العامة بعد ان تأخذوها بمنقاشين وفتشون عن الكيس في انسي عناصر الحبل المنوي . وتعرفونه بلونه الصدفي فتمسكونه بمنقاش وتمسكون المنقاش بيدكم اليسرى وتأخذون بيدكم اليمنى رفادة من الشاش فتحربون بها هذا الكيس حتى اعلى نقطة ئمكنون من الوصول اليها واذ

صعب عليكم تحرير الاسهر برفادة الشاش تنجزون عملكم برأس المضغ على ان تتبهاوا الاتباه الشديد حين التحرير .

٣- تفتحون الكيس متى شككم في التصاق الاقسام المنفتحة به او لا تفتحونه متى لم يخامركم الشك في ذلك ثم تربطونه في اعلى نقطة ممكنة بعد ادخال الابر في حذرآ من انفلات الحيط ونة طعونه ونقطعون الحيط فيكون امر الكيس قد انتهى والعملية قد انجزت .

٤- لا يبقى طيكم غير سد الجدار وهذه هي الطريقة التي نجر بها : يدفع الجبل المنوي الى الوراء ويرم الجدار الامامي امامه بعد تقويته بالوتر المشترك . وذلك ان تؤخذ حافة الرباط المشترك بمقاش او اكثر فيكون الوتر في العمق وشفتا صفاق المنحرفة الكبيرة في الامام وقد اكملتها الالياف في الانسي .

اما ادخال الحبوط فيجري حسب الطريقة الآتية : تفرز الابر بعد دفع الجبل المنوي والاوعية الى الوراء اي الى العمق بمسبار بقيها وخز الابر - ١- في شفة الصفاق السفلى وفي اخفض نقطة ممكنة مع ما يستطاع اخذه من القوس على ان تفكروا دائماً في ان هذه الالياف التي غرزتم ابرنكم فيها ستشد شداً عنيقاً متى عقدتم خيوطكم

٢- في الوتر المشترك المنخفض

٣- في الشفة العليا من الصفاق دون ان تربطوا . ثم تدخلون خيطاً آخر او خيطين بعد احدهما عن الآخر ستمتر ونصف الستمتر ويكون آخر هذه الحبوط ممداً للعمودين . ثلاثة خيوط تكفي في الغالب

او اربعة اذا كان الفتق متوسط الحجم . ثم تترك الابرة ويوعز الى المساعد باخذ المناقش بيديه وبخفض الوتر المشترك في الميزابة وادخال الشفة العليا من صفاق المنحرفة الكبيرة تحت شفته السفلى حتى تغطي كما تغطي احدى حافتي الصدرية الحافة الثانية بين الجراح يعقد خيوطه ويشدها و بعد ان تربط الخيوط جميعها تتحققون ما اذا كانت الفوهة السفلى الباقية كافية لمرور الخنصر فيها . واذا قضت الحاجة تفرز غرزتان أخريان بين الفرز الثلاث الاولى لتقرب شفتي الصفاق احدهما من الاخرى فتكونون قد محوتم القناة الاربية والنقطة الضعيفة واعضتم عنها بجدار مؤلف من الوتر المشترك وشفتي صفاق المنحرفة الكبيرة اللتين غطت احدهما الاخرى ثم يدخل خيط بعد ان تفرز الابرة في الجلد والصفاق على بعد سنتيمتر واحد من طرف الجرح الاسفل و يدخل خيط آخر على بعد سنتيمتر ايضاً من طرفه العلوي وتقرّب شفّتا الجرح بمخالب ميشل و يعقد الخيطان على رزمة رفادات شاش فتكون هذه الرفادات كضهاد .

واننا بفرز الابرة في الصفاق بعد مرورها بالجلد ومحو هذا الخلاء الموجود بين الجلد والطبقة التي تحته نتحاشي الانصباب الدموي في اللحمية «النسيج الخلوي تحت الجلد» . ثم نوضع معلقة على الصفن بعد لئه بطبقة كثيفة من القطن نتحاشياً لالتهاب الحبل المنوي وورم الصفن الدموي متى كان ثخيرا الكيس الوسيع صعباً .

وتنزع مخالب ميشل والخيطان في اليوم الثامن ويقف المريض في اليوم الثاني عشر ويترك المستشفى في اليوم الخامس عشر .

هذه هي الطريقة التي نتبعها في معالجة الفتوق الجراحية . وهي
لا تستغرق أكثر من ١٢-١٥ دقيقة متى كانت الفتق متوسط الحجم
ويستطاع اجراؤها بالتخدير الموضعي

ولا بد لي من تنبيهكم الى امر كبير الاهمية وهو الا ترموا جدار القناة
بخيوط تمتصها العضوية فان الحمشة « الكانغوت » تريح وتنفك قبل ان
يتم ندب الجرح وفضل الخيوط هي شعر فلورنسة الذي تتحملة العضوية
تحملًا حسنًا واذا تعذر وجود شعر فلورنسة كانت خيوط الكتان كافية
لاجراء كل شيء من ربط شرايين وخياطة وسواهما .

وان لهذه الطريقة نتائج حسنة سواء أكان الفتق ولاديا وهذا ما يكثر
وقوعه او مستقيما . لانها بسيطة ولا تخرب ذلك الجدار اكثر مما خربته
الطبيعة وهي حسنة في جميع الحالات على السواء ويمكن الجراح من اجرائها
بلا مساعد وبعده تخدير مر يضنه تخدير اموضعا الامر الذي يصعب اجراؤه
في باسيني ولعل الكثيرين منكم يسكنون قرى لا اطباء فيها فيحتاجون الى
طرق جراحية بسيطة كهذه

كأنني بكم نظرحون علي الآن هذا السؤال : أيترب علينا ان ننبد
باسيني جانبا ؟ ليس هذا معنى كلامي فان طريقة باسيني كما قلت لكم في صدر
محاضرتي هذه افضل طريقة من الوجهة التشريحية وكثير من الجراحين
يفضلونها على سائر الطرق الاخرى فيجب عليكم والحالة هذه ان تتعلموها
وتتقنوها وانها تجري امامكم في بعض الاوقات وانما يترب عليكم ان تحسنوا
انتقاء الطريقة الموافقة لحالة مريضكم . ففي الاطفال والاحداث وكثير

من الكحول تفضل الطريقة التي وصفتها لكم الآن لان الحالات البسيطة تستدعي عمليات بسيطة .

وفي الفتق المستقيم تستطيعون استعمال طريقة باسيني مع انها ليست افضل من هذه والاحصاءات شاهد على ما اقول .

وانما في الفتوق الكبيرة الصفية في الشيوخ فلا يستطيعون ان يختاروا دائماً باسيني لان فرز الطبقات المختلفة مستصعب فاصنعوا ما يبدو لكم حسناً وسدوا الفرجة بما تجدون فتكونون قد اقتربتم من طريقي اكثر من سواها .

وصفوة القول : انني منذ وجودي بينكم اتبع هذه الطريقة واتبعها في كثير من الاوقات شركائي في العمل الجراحي ومع هذا فلم نرَ نكساً واحداً . وقد مررت على عشر سنوات لم استعمل في اثائها سواها ولم ارَ حتى الآن فتقاً ناكساً وقد تكون نكست بعض الفتوق دون ان اراها غير انها على ما اعتقد في باسيني اكثر عدداً ويظهر ان جميع الفتوق الناكسة التي اجرينا عملياتها الجراحية كانت قد اجرى بت طريقة باسيني ويحق لي ان اختار من طريقتين احدهما بسيطة ومرضية والثانية معقدة وفوائدها لا تنيف على الاولى الطريقة الاولى البسيطة متي تحققت انها كافية وهذا ما اشير به عليكم .



مؤتمرا لأمراض النساء

للحكيم شوكة موفقي الشطي احد اساتذة المعهد الطبي بدمشق

العم الناشي من الرحم ونغيرها

نقر ير شاتيون

تشخيص العم الرحمي ومعالجته : يجب ان يفحص الزوج اولاً (نحري السيلان ، حالة المني فقد ثبت ان العم ينجم من الرجل في ثلث الاحوال فصدأ والثلث الآخر اعتقاداً وفي الثلث الثالث من النساء (نار نبرجر Nurnberger) .

تسبب الامراض الرحمية ايا كانت العقارة الا ان آفات العنق هي السبب المتغلب وبنجم العم الرحمي المنشأ من آفات متنوعة مقرها الرحم او النفيران أو المبيض

١- عيوب الرحم : استطاع تصحيح بعضها جراحياً فتعود الرحم لقوياً

الا أن هذا نادر

٢- ضمور الرحم العددي : بعد في زمرة اسباب العم المهمة . يشفى اذا كانت حالة الرحم ولادية او يافعة ولا سبيل الى شفائه اذا كان ناجماً من توقف النمو في باطن الرحم . (الرحم الجنينية)

المعالجة : الابلكار فيها واجب ونتم بالاستحرار (diathermie) (١)

وتمسيد الرحم والتوسيع البطيء المتكرر ووصف خلاصات المبيض

(١) هذه الكلمة من وضع العلامة الاب انستاس ماري الكرملي

والزرنبيخ والحد يدوالاستشفاء بالحمام

٣- تضيق العنق: هي أكثر الاسباب احداثاً لعسرة الطمث والعم (بوزي Pozzi) تُشفى بالتوسيع الطبي بالاشنية (Iaminaria) او بشموع هغار (Hégar) وقد جرب بعضهم استعمال اجهزة ثرك في الرحم مدة من الزمن (انوب اير بارن Iribarne) والتوسطات الجراحية
٤- انحرافات الرحم:

أ- الانعطاف الامامي (antéflexion): هو أكثر الانعطافات احداثاً للعم وتصحبه عادة آفات اخرى كسوء وضعة العنق وخيبة
المعالجة: هي المعالجة نفسها المتبعة في تضيق الرحم

ب- الانعطاف الخلفي: غالى بعضهم في احداثه للعم ومهما يكن فان الواجب يقضي بتصحيحه متى وجد، بتثبيت الربط (ligamentopexie) او بتثبيت
الرحم المنخفضة بطريق البطن

ج- طول العنق: تعالج بوتر العنق فيشفي التهاب عنق الرحم والعم
د- سقوط الرحم: يسبب العم نادراً

هـ- اورام الرحم الليفية العضلية: تمنع الاورام ما تحت المخاط الليفية الالتصاق وتحدث الاورام الخلالية وتحت الخلب تبدلات في الملحقات وفي غشاء الرحم المخاطي ويستدل على مقرر الورم بمعاينة الرحم الشعاعية . تستأصل المرحلات (بوليب) الليفية بطريق المهبل واما النوى تحت المصل والخلالية فتستأصل وحدها محافظة على خصب المرأة . ولا يجوز ان تداوى هذه الاورام بالاشعة المجهولة متى كانت الاثني فية الا بجذره شديد وذلك خشية

انقطاع الطمث ووظيفة المبيض

٦—ضمور الرحم : يعالج كما يعالج الضمور العددي

٧—التهابات باطن الرحم الكاذبة : نجم من اضطراب وظيفة المبيض
وتشفى بتجريف غشاء الرحم المخاطي شفاء مؤقتاً . والمداواة العضوية حسنة
في هذا الشكل الا ان نتائجها ليست ثابتة وقد كانت نتيجة المداواة الشعاعية
حسنة ويشترط ان توجه الاشعة الى ناحية الطحال وان تكون خفيفة
وتداوى الاحوال المستعصية والتهابات الرحم المزمنة باشعاع المبيض باشعة
الراديوم

٨—التهابات باطن الرحم : تعد في زمرة الاسباب الهامة ونجم من
المكورات البنية (غونوكوك) في اغلب الاحيان

أ—التهابات عنق الرحم : تكون غالباً مزمنة وتعصي المداواة واحسن
مداواة لها استعمال كاوي فيلوس (Filhos) بجذر وحكمة . وليس لهذه
المداواة متى كانت رشيدة ادنى محذور ونقع الولادة بعدها بسهولة وقد يمتد
زمن الاتساع قليلاً ولا ينجم منها عسر ولادي وخيم الا نادراً
واستئصال عنق الرحم بطريقة بواي فورغ (Pouey-Forgue)
مفيدة في هذا الصدد

ب—التهاب باطن جسم الرحم : لا يسبب العقم الا في الغالب ولكنه كثير
ما يحدث الاسقاط ويشترك عادة التهاب باطن جسم الرحم بالتهاب عنق
لذلك كانت مداواة الاثنتين معاً واجبة ولا يجوز ان تكشط الرحم في هذه
الحالة الا بجذر زائد وذلك اجتناباً لانتشار الالتهاب الى النفيرين

جـ - سل الرحم : تصاحبه عادة آفات الملحقات و يشفى بالاشعة المجهولة

تقرير دواي تشخيص العقم الانبوي المنشأ ومعالجته

حرية النفير : ان لمة النفير (lumière) متظلمة خيطية وهي تضيق وتضي في الدور القريب من الطمث و يبلغ اقصى درجة الاتساع بعد الحيض يبضعة ايام وللنفير حر كاستجولية قديمتر بها تشنج . ويتحرك قسمه الواقع بين الرباط القمعي الحوضي (ligament infundibulo pelvien) والصيوان حركة خفيفة وهذا ما يدعو الى تبدل مقر الصيوان الامر الذي له علاقة عظيمة بالعلق اذ ان للبويضة حر كات خاصة والنفير مو كول اليه أخذها فيجب التفكير حين اجراء عمليات رجمية مصنعة في ترك الصيوان حرأ

انسداد النفير : قديم من سبب خارجي (ورم مجاور التصاقات خلية ، انفتال) او داخلي وهذا هو الاكثر وسببه تكتل زغب (frange) غشاء النفير المخاطي والتحام طر فيه فيتحول انبوا مسدوداً مملوءاً سائلاً (قيلة الملحقات المائية (hydrosalpinx) وينجم ضيقه المجاور للرحم من التهاب الملحقات العقدي .

وتشخيص ذلك سر ير ياً مستحيل وانما يشك فيه متى استفسرت الاثني سوابقها المرضية . والاثنتان البني اكثر الآفات احداثاً لضيق النفير وانسداده ثم الاثنتان التالي للاسقاط فسيل الملحقات

تعرف درجة حرية الرحم بطر يقين حديثين

أ—نفخ النفير او طريقة رو بن (Rubin): فكر رو بن باستخدام الطرق الطبيعية توصلاً الى ادخال الغاز لجوف البطن فعمل جهازاً كبيراً من مذكر مجهز بمحظر به (مانومتر) متصلة بقنية بباطن الرحم ثم حسن هذا الجهاز واوجدت اجهزة عديدة مشتقة منه منها اجهزة جلان كوريه (Gilman Curier) وبلوخ وورسمر (Bloch-Worsmer) ولورانسى (Laurenti) وموصلي من القاهرة ويجب الاستعداد لنفخ الانبوب :

أ—بالتأكد من سلامة الجهاز : قد يصعب سد عنق الرحم حتى باستعمال قنية رو بن وهذا مادعا كوت وموصلي الى إيجاد جهاز يمتنع العنق ب—باجتناب ازدياد الضغط ازدياداً فجائياً.

ج—بان يكون الجهاز مجهزاً بمحظر به وذلك منعا لتجاوز حد الضغط الاعظم .

محاذير النفخ أ—التمزق : يجب ان لا يتجاوز الضغط ٢٠ سنتيمراً من عمود الزئبق تحاشياً للتمزق ويحتمل النفير هذا الضغط بسهولة
٢—الانتان : هذا الضغط نادر ولا يجوز نفخ النفير المصابة رحمها بالتهاب العنق .

٣—الصامة الغازية: نادرة وتجنب بترك النفخ متى بدت الاعراض الخاصة وباستعمال غاز سهل الامتصاص وننجم الصامة الغازية من سحجة في الغشاء المخاطي لذلك يجب ان تستعمل قنية شخينة وقصيرة وينبذ التوسيع السابق بشمعات هفار او بالاشنيات

٤- الغشي التنفسي : يدومتي بلغت كمية الغاز ٢٠٠-٥٠٠ سم مكعب
الم شديد في الحجاب الحاجز وحصر يزولان بوضع المريضة بوضعة مائلة او
بوضعة السجود^(١)

قيمة هذه الطريقة في التشخيص : العلامات الدالة على الحرية . هي اولاً
انخفاض درجة الضغط في المجظرة واستماع صوت خاص في الناحية
الشرسوفية ناجم من ولوج الغاز في البطن وزوال الخرس الكبدى والم
الكتف . ولهذا العلامة الاخيرة اهمية عظيمة .

العلامات الدالة على الانسداد : يستحسن ان ينفخ النفير في الايام
٤-٧ التي تلو انتهاء الحيفض ويجب ان يكرر هذا الاختبار متى بدا سلبياً
وان ينتبه الى الانسداد الناجم من التشنج الزحجي النفيري . يستقر هذا التشنج
هذء فوهة العنق الباطنة او فوهة النفير الرحية
٢- تصنيف نتائج طريقة النفخ : يصنف العقم حسب هذه الطريقة
زمريتين .

أ - العقم المصحوب بحرية النفير (ونسبته ٢٢ الى ١٠٠)

٢ - العقم المصاحب لانسداد النفير (٢٤ في المائة) وليست هذه
الطريقة مطردة و يقع الشك في ١٨ من مائة وقد يفتح النفير على اثر هذا
الاختبار وقد يقع الحبل على اثر النفخ وحده ٨-١٠ في المائة

(١) نعني بوضعة السجود الوضعة الركبية الصدرية لأن المسلم يأخذ في صلاته
هذه الوضعة ولأن هذه الكلمة اخصر والطف من تلك :

٢ - التقصي في النفيرين ثقوباً شعاعياً بعد حقن باطن الرحم بالليبودول (lipiodol):

يساعد هذا التقصي على الاستيثاق من النفخ في الاحوال المشبوه بها ولا سيما معرفة مقر المانع ولا يخفى مالم ذلك من الفائدة في اجراء العمليات

و يحقن بالليبودول بقايات صمغي او بحقنة سمها ١٠ سم مكعبة
محاذير الحقن بالليبودول : ١ - التمزق . لا يجب ان يتجاوز الضغط ٣٠

سم مكعبة

٢ - الالتئان . نادر اذا استعمل الليبودول

٣ - التهاب الخلب اللاصق . يجنب بنفخ الغاز قبل الحقن بالليبودول

٤ - التسمم بالليبودول نادر

نتائج هذه الطريقة : تري هذه الطريقة مقر الانسداد . واما اذا كان النفير
حرراً فيرى الليبودول بالأشعة منتشرآ في البطن كتلاً او جلطاً مبعثرة .
وخطة العمل حسب رأي ذوي كإيلي :

١ - نفخ اولاً في البوق .

٢ - يجرى الاختبار الشعاعي بعد الحقن بالليبودول اذا كانت نتيجة
النفخ في البوق مشوشة او مشبوهاً بها .

٣ - يجرى الاختبار الليبودولي متى كانت النفخ سليماً وبدأ احد
النفيرين منسداً .

المعالجة الجراحية بتحرير الملحقات (salpingolysis) : تقوم بتحرير

النفير وصيوانه بفك الالتصاقات المحيطة بالبوق . وهذه العملية افضل
التوسطات في معالجة العم البوقي (١٦ بالمائة) ويجب في هذه الحالة اختبار

الملحقات بالليبودول ليعرف الجراح خطة عمله
واذا بدت الزغب (franges) متكة ولم يمكن فكها وجب شق
الصبيان شقين لتوسيعه

ونفاغر الملحقات اذا كان الصبيان منسدأ وامتلأ قسمه المجلي سائلاً
إنفار الملحقات (salpingostomie) : يعنى بذلك احداث فوهة دائمة
في عضد البوق يستعاض بها عن الصبيان (ه بالمائة) وقد ذكرت طرق
عملية عديدة منها عملية مارتن (Martin) وسكوتش (Skutsch) ودودلاي
(Dudley) وينصح كلادو (Caldo) ان يثبت المبيض بعد اجراء
العملية حذاء فوهة النفير الحديثة (salpingo-ovaro syndèse) .

الغرس البوقي الرحمي (implantation tubo-utérine) : يتألف من
مفاغرة الرحم بالنفير بعد استئصال الآفة المستقرة في قرن الرحم او في قسم
البوق المجاور .

تطعيم الرحم بالمبيض وغرس المبيض فيها - greffes et implantation
de l'ovaire dans l'utérus)

١- التطعيم : تؤخذ شريحة من المبيض عارية من الاتصالات
الوعائية العصبية وتثبت في البوق او حذاء قرن الرحم المخزوع او في جدار
الرحم . والتطعيم الذاتي افضل من غيره . يعود الطمث بهذه العملية
في اغلب الاحيان واما الحمل فلم يشاهد وقوعه اثر هذه العملية .
الغرس المبيضي الرحمي : يغرس قسم من المبيض او جميعه مجهزة بذنبه
الوعائي العصبي في باطن الرحم . اجري هذه العملية توفيه ولم تبد لها نتائج حسنة .

فحص السائل الدماغي الشوكي

« ٤ »

للحكيم حسني مبرح رئيس السريريّات الباطنة في المعهد الطبي العربي

تفاعل الذهب الغروي

(Réaction de l'or colloïdal)

و يدعى ايضاً تفاعل لانغه (Lange) . يتركز هذا التفاعل على
الاساس الآتي :

ان محاليل الذهب الغروية يزول لونها وترسب بتأثير الكهارب
(electrolytes) ولا سيما محلول كلورور الصوديوم . فوجود بعض المواد
الآحينية يحفظ الذهب وينعه من الرسوب في السائل الدماغي الشوكي
الطبيعي . وعلى العكس فان سائل المرضى المصابين بآفة افرنجية في الجملة
العصبية المركزية يرسب ملاح الذهب ترميباً شديداً كلما كثفت المحاليل .
ويتم هذا التفاعل ولو كانت المحاليل ممددة جداً في بعض آفات الجملة
العصبية المركزية كالتهاب السحايا والانزفة والاورام و الخ .

و يبدو الرسوب بتبدل لون محلول الذهب ومروره بحسب درجة
الرسوب من الاحمر الى البنفسجي فالى الازرق ثم يزول اللون بتأناً متى رسب
الذهب رسوباً كاملاً في قعر الانبوب وظهر بلون ازرق ضارب الى الاسوداد

هذا اساس التفاعل ، اما كيفية العمل فاننا نضرب صفحاً عن ذكرها لصعوبة تطبيقها ولغلاء ملاح الذهب التي يستعاض عنها بما هو اقل ثمناً منها واسهل عملاً واجل فائدة نغني به التفاعل الجاوي الفروي .

تفاعل الجاوي الفروي

(R. du benjoin colloidal)

ان تفاعل الذهب الفروي الذي اتينا على اساسه صعب العمل لأنه يستدعي اوافي زجاجة منبوعة على الحرارة ومحاليل معايرة دقيقة وثقبة جداً . ومع هذا كله فليست نتائجها صحيحة في جميع الحالات فقد ذكر كثير من المشتغلين به ان هذا التفاعل كان ايجابياً في بعض المرضى المصابين بالتصلب اللويحي مع ان هذا المرض لا صلة له بافرونجي الجلطة العصبية هذا عدا غلاملاح الذهب الامر الذي حدا ببعض المؤلفين الى ان يولوا وجههم شطر المحاليل الفروية من الفضة والقصدير والنيكل . ولكنهم لم يجدوا في هذه المعادن بغيرتهم . ثم جرب عمانوئيل (Emanuel) صمغ المصطكي (Gomme mastic) في حالته الفروية ولكن نتيجته كانت اقل صحة من تفاعل لانغه (Lange) . فجميع هذه الاسباب دعت الاستاذ غيلان ومعاوناه غوي لاروش (Guy laroche) ولوشل (Lechelle) الى البحث عن المحلول الفروي الاكثر ملائمة لهذا التفاعل فخرّبوا تباغاً المطاط (caoutchouc) ، والقلفونيا (colophane) ، وخشب الانبياء (gaiac) الى ان توصلوا سنة ١٩٢٠ الى تجربة بمحلول الجاوي الفروي فكانت نتائجها باهرة .

وقد ذكر هؤلاء المؤلفون طريقتين لأجراء تفاعل الجاوي الغروي :
الاولى وهي الاصلية استعمل فيها المؤلفون ستة عشر انبوباً ومحاليل ممددة
من السائل الدماغي الشوكي من $\frac{1}{4}$ الى $\frac{1}{16}$ يستطيع بها درس اطوار
تفاعل الزسوب وحدوده والثانية موجزة لا يستعمل فيها الا خمسة انابيب
وهي كافية للامراع في تشخيص افرنجي الجملة العصبية . وسنأتي على ذكر
الطريقتين بعد سرد ما يلزم تحضيره لأجرائها .

المواد اللازمة : ١ - راتينج الجاوي (resine de benjoin) :
يجب ان يكون نقياً وافضله جاوي صوماتره (Sumatra) المكتل كتلاً
سمراء تخللها كتل بيضاء او ضاربة الى الصفرة .

٢ - اوان زجاجية : ١٦ انبوباً ارتفاعها ستة سم وقطرها اسم ،
ممصات ، حوجلات (١) (ballons) . ويجب ان تكون هذه الاواني
الزجاجية على غاية من الطهارة بأن تغسل اولاً بمحلول مائي من حامض
الكلور يدريك نسبته ٢٪ ثم تغسل مرتين بالماء المقطر وتسمح الانابيب
بقطعة من الشاش . وتترك ريثما تجف في حرارة المخبر او في التنور .

اما الانابيب المدرجة درجات تعادل كل واحدة منها سنتمراً مكعباً
او عشر السنتمتر فتغسل بماء حامض كلور يدريك نسبته ٢٪ فبالماء المقطر
العادي فبماء مضاعف التقطير ثم تعقم في التنور .

٣ - المحاليل . - يستعمل محلولان : آ - محلول كلورور الصوديوم
النقي في الماء المضاعف التقطير (١٠٠ : ١٠٠٠ سم ٣)

(١) هذه الكلمة من وضع العلامة الاب انتاس ماري الكرمل

ب - محلول يكون الجاوي الغروي معلقاً به ويحضر هذا المحلول بأن
يحل غرام من رايننج الجاوي في ١٠ سم^٣ من الكحول المطلقة ويترك
ريثماً يتم الانحلال مدة ٤٨ ساعة ثم يفصل السائل الرائق عن الراسب
فلا يستعمل الا السائل الرائق فتؤخذ منه ٠.٦٣ سم^٣ وتضاف الى ٢٠ سم^٣
من الماء المضاعف التقطير المسخن حتى الدرجة (٣٧) اضافة تدريجية
ليكون منه محلول متجانس . ولا يجوز ان يطول العهد على هذا المحلول
وانما يفضل تحضيره حين الحاجة اليه واما صبغ الجاوي فلا ما يمنع استعماله
اذا كان قديماً .

التفاعل التام (Réaction complète)

يجرى التفاعل التام حسب الطريقة الآتية : يوضع في الانابيب
المهضرة كما ذكرنا محلول كلورور الصوديوم أولاً حسب هذه الكيفية :

في الانبوب الاول	٠.٢٥ سم ^٣	من محلول كلورور الصوديوم	٠.١٠ الى ١.٠٠
» الثاني	٠.٥٠ سم ^٣	» » » »	» » » »
» الثالث	١.٥٠ سم ^٣	» » » »	» » » »

وفي الانابيب الباقية ١ سم^٣ من المحلول نفسه . ثم يضاف وهي ترج الى :

الانبوب الاول	٠.٧٥ سم ^٣	من السائل الدماغي الشوكي المراد فحصه
» الثاني	٠.٥٠ سم ^٣	» » » »
» الثالث	٠.٥٠ سم ^٣	» » » »

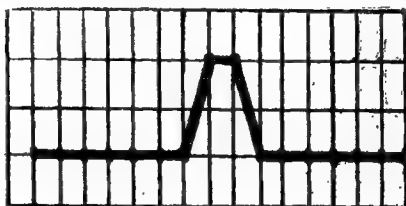
يؤخذ من الانبوب الاخير (المحتوي على ١.٦٥ سم^٣ من محلول كلور

الصوديوم و ١٧٥٠ من السائل الدماغي الشوكي) اسم^٣ مما احتواه من المزيج ويضاف الى الانبوب الرابع فيرج هذا الانبوب ويؤخذ منه اسم^٣ فيضاف الى الخامس وهكذا دواليك حتى الانبوب الخامس عشر الذي يؤخذ منه اسم^١ ويُلقي فيبقى الانبوب السادس عشر خلواً من اثر السائل الدماغي الشوكي وشاهدًا على بقية الانابيب . فتكون درجة التمديد في الانبوب الاول $\frac{3}{4}$ من السائل الدماغي الشوكي وفي الثاني $\frac{1}{4}$ وفي سواهما من الانابيب على نسبة هندسية مطردة ١ ، $\frac{1}{4}$ ، $\frac{1}{7}$ ، $\frac{1}{16}$ حتى $\frac{1}{16384}$ في الانبوب الخامس عشر .

ثم يضاف الى كل من الانابيب الستة عشر اسم^٣ من المحلول المحتوي على الجاوي المعلق . ويترك التفاعل ليتم في حرارة المخبر .

ونقرأ النتيجة بعد ٦ - ١٢ ساعة . ففي الانابيب الايجابية يكون رسوب الجاوي تاماً والسائل رائقاً . وفي الانابيب السلبية يبقى المنظر العكر دون اي راسب ما في قعر الانبوب . وبين هاتين الدرجتين درجة ثالثة دعاها المؤلفون المذكورون تحت الايجاب (*subpositif*) وذلك متى حافظ الانبوب على منظره العكر وتكون راسب في قعره .

فالسائل الدماغي الشوكي الطبيعي يحدث تفاعل الرسوب في الانابيب ٦ ، ٧ ، ٨ ولا يحدث اقل تفاعل في الانابيب الخمسة الاولى التي تعد منطقة التفاعل الافرنجية .



١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١ ١٢ ١٣ ١٤ ١٥ ١٦

الشكل (١) — منحنى تفاعل الجاوي الغروي في السائل
الدهاغي الشوكي

وفي الافرنجي يقع الرسوب التام في الانابيب الخمسة الاولى واما في التفاعل تحت الايجاب فيكون الرسوب جزئياً في بعض هذه الانابيب الخمسة وتاماً في انبوب واحد او انبوبين منها . اما التفاعل السلبي فمعناه ان الرسوب لم يقع في الانابيب الخمسة الاولى .

وقد استعمل المؤلفون لقراءة تفاعل الجاوي الغروي منحنياً تذكر في الخط العمودي منه الارقام الدالة على الانابيب الستة عشر وفي الخط الافقي من الاعلى الى الاسفل ارقام ٢ ، ١ ، ٠ ، فالصفر يدل على التفاعل السلبي ويبقى الانبوب فيه عكراً ولا راسب فيه . والرقم ١ على التفاعل تحت الايجاب فيبقى الانبوب فيه عكراً الا ان الراسب يتكون في قعره . اما الرقم ٢ فيدل على التفاعل الايجابي ويكون راسب الجاوي فيه تاماً وما يعلوه سائلاً صافياً .

واذا رغبتا في ادراج التفاعل كتابة كتبنا الارقام الدالة على الراسب

او عدمه من اليسار الى اليمين فكان الشكل ١ الدال على التفاعل في السائل
الدماغي الشوكي الطبيعي هكذا :

..... ٢٢

التفاعل الموجز (R. simplifiée)

يجرى التفاعل في ستة انابيب . خمسة منها تقابل الانابيب الخمسة
الاولى في التفاعل التام والسادس شاهد .
اما طريقة العمل فكما يلي . يوضع :

في الانبوب الاول	٠.٢٥ سم ^٣	من محلول كلورور صوديوم نسبته ١٠ الى الف
» الثاني	٠.٥٠ سم ^٣	» » » » » »
» الثالث	١.٥٠ سم ^٣	» » » » » »
» الرابع	١ سم ^٣	» » » » » »
» الخامس	١ سم ^٣	» » » » » »
» السادس	١ سم ^٣	» » » » » »

ويضاف بعدئذ في اثناء الرج الى :

الانبوب الاول	٠.٢٥ سم ^٣	من السائل الدماغي الشوكي المراد فحصه
» الثاني	٠.٥٠ سم ^٣	» » » » » »
» الثالث	١.٥٠ سم ^٣	» » » » » »

وتؤخذ من الانبوب الثالث (المحتوي على ١.٥٠ من محلول كلورور
الصوديوم و ٠.٥٠ سم^٣ من السائل الدماغي الشوكي) ١ سم^٣ يضاف الى
الانبوب الرابع وبعد رجه جيداً يؤخذ منه ١ سم^٣ فيضاف الى الخامس
وبعد الرج ايضاً يؤخذ منه ١ سم^٣ و يلقى جانباً لكي يبقى الانبوب السادس

خلواً من اثر السائل الدماغي الشوكي فيصبح شاهداً على بقية الاناييب .
 فتكون نسبة تمديد السائل الدماغي الشوكي $\frac{3}{4}$ في الاول و $\frac{1}{4}$ في الثاني
 و $\frac{1}{4}$ في الثالث و $\frac{1}{8}$ في الرابع و $\frac{1}{16}$ في الخامس اما السادس فلا يحوي
 شيئاً منه ثم يضاف الى كل من هذه الاناييب الستة ١ سم^٣ من السائل
 المحتوي على الجاوي المعلق . ويترك ريثما يتم التفاعل بجمارة المخبر .
 وذكر المؤلفون اصحاب التفاعل المذكور طريقة جديدة في سنة ١٩٢١
 اقتصروا فيها على استعمال خمسة اناييب احدها شاهد . فحذفوا الانبوب
 الاول في الطريقة السالفة واستعاضوا عن محلول كلورور الصوديوم بالماء
 المقطر المكرر لأن التجارب أيدت ان الاستغناء عن محلول كلورور الصوديوم
 في هذه الاناييب ممكن .

اذن يجرى التفاعل الموجز الاخير بخمسة اناييب على الكيفية الآتية :

في الانبوب الاول	٠.٥٠ سم ^٣	من الماء المضاعف التقطير
» الثاني	١.٥٠ سم ^٣	» » »
» الثالث	١ سم ^٣	» » »
» الرابع	١ سم ^٣	» » »
» الخامس	١ سم ^٣	» » »

ويضاف بعدئذ الى الانبوب الاول . (على ان يرجع الانبوب جيداً)

٠.٥٠ سم^٣ من السائل الدماغي الشوكي والى الثاني ٠.٥٠ سم^٣ ايضاً .
 ويؤخذ ١ سم^٣ من الانبوب الاخير (المحتوي على ١.٥٠ سم^٣ من الماء
 المضاعف التقطير و ٠.٥٠ سم^٣ من السائل الدماغي الشوكي) ويضاف الي

الانبوب الثالث ويخلط المحلول جيداً بان يمس ما في الانبوب وبعاد بضع مرات ليتم المزج جيداً ثم يؤخذ منه ١ سم^٣ ويضاف الى الرابع ويؤخذ ١ سم^٣ من الاخير ويلقى جانباً فيبقى الانبوب الخامس شاهداً .
فنسبة التمديد $\frac{1}{4}$ في الانبوب الاول و $\frac{1}{2}$ في الثاني و $\frac{1}{8}$ في الثالث و $\frac{1}{16}$ في الرابع .

ويضاف الى كل من الانابيب الخمسة المذكورة ١ سم^٣ من محلول الجاوي القروي وتترك الانابيب في حرارة المخبر مدة ١٢ - ٢٤ ساعة .
فتى كان المزيج موجوداً في الجلبة العvisية يرسب الجاوي في الانابيب الاربعة ويبقى الانبوب الخامس الشاهد عكراً .

وان هذه الطريقة الاخيرة التي يستغنى بها عن الانبوب الاول عدا بساطتها توفر ٠١٧٥ سم^٣ من السائل الدماغي الشوكي الذي يحتاج اليه لاجراء فحوص اخرى ورجع المؤلفون اصحاب التفاعل الطريقة التامة لأنها وحدها تدل على التفاعلات السحائية . فان تفاعلات المنطقة البنى من المنحني تميز عن الراسب الافرنجي الراسب الذي يشاهد احياناً في سوائل الاورام الدماغية والتهاب السحايا السلي .

نتائج التفاعل وتأويلها

قلنا ان التفاعل السلي يكون يخلو الانابيب الستة عشر من الرسوب ما خلا الانابيب السادس والسابع والثامن احياناً ولا يبدو اي رسوب ما في الانابيب الخمسة الاولى المدعوة بالمنطقة الافرنجية . (انظر الشكل الاول)
ويقع الرسوب في الشلل العام والسهم (التابس) في المنطقة المذكورة

اي في الاناييب ٦٤٥٤٤٣٤٢٤١ حتى العاشرة هذا في البدء اي حين
ثم هذين المرضين واما حين استقرارهما فقد ينحصر الرسوب في الاناييب
الاربعة الاول وقد يكون الرسوب فيها جزئياً .

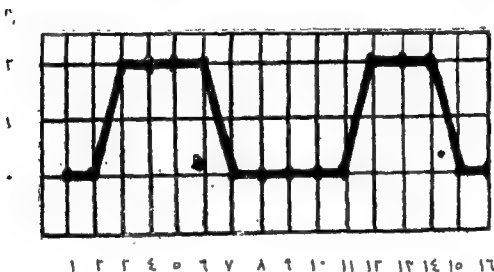


الشكل (٢) - منعني التفاعل الجاوي الغروي في السائل
الدماغي الشوكي المصاب بشلل عام

و يكون التفاعل ايجابياً في الاشكال السريرية الحادة او تحت الحادة
من الافرنجية الدماغية الشوكية هذه الاشكال التي تنجم من آفات وعائية
او مسحاتية .

و يعود التفاعل سلبياً حينما تزول الآفات الافرنجية الحادة ولا يبق
ثمة من الوجهة السريرية الا بقايا تدل على اختلال قديم طرأ على بعض المراكز
او بعض الألياف الناقلة كالفالج الشقي (hémoplégie) والشلل المفرد
(monoplégie) او الشلل النصفي السفلي (paraplégie) وان الخ الامر
الدال على ان التفاعل الايجابي علامة الآفات الافرنجية التي لا تزال في حال
السير وليس دليلاً على البقايا البعيدة لتلك الآفات .

اما في التهاب السحايا السلي فقد ذكر المؤلفون اصحاب التفاعل ان رسوباً يقع في الاناييب الاخيرة منذ الانوب ٦ ، ٧ ، ٨ وما بعده ولم يشاهدوا رسوباً في هذه الاناييب في الآفات الافرنجية مطلقاً وهذا ما حداهم الى تسمية هذه المنطقة بمنطقة التهاب السحايا (z. méningitique)



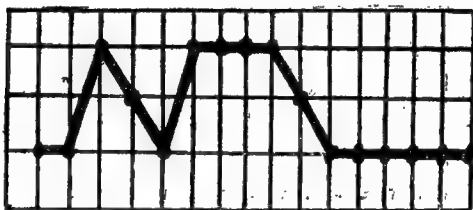
الشكل (٣) — منحنى التفاعل الجاوي الغروي في السائل
الدماغى الشوكى لمصاب بالتهاب السحايا الدرني

كما يرى في الشكل الثالث الذي يمكن ان يقرأ كما يلي :

٠ ٠ ٢ ٢ ٢ ٢ ٠ ٠ ٠ ٠ ٠ ٢ ٢ ٢ ٠ ٠

ويصحب هذا الرسوب في التهاب السحايا الافرنجي رسوب سيفي
الاناييب الاول مما يدل على وجود الافرنجي ايضاً .
واما في بقية آفات الجلمة العصبية غير الافرنجية فان التفاعل يبقى
سلبياً ما خلا التصلب اللويحي (sclérose en plaque) والاورام الدماغية .
ومع ان تفاعل الجاوي الغروي يشي جنباً الى جنب مع تفاعل وامرمان

في معظم الحالات الايجابية فإنه في التصلب اللويحي يفتقر عنه فيكون الجاوي ايجابياً في ٦٪ من الحوادث حيث يكون تفاعل واسرمان سلبياً. وذكر المؤلفون اصحاب التفاعل شكلاً خاصاً في التصلب اللويحي يساعد على تشخيص هذه العلة لا بل يثبتها لأن التفاعل يكون فيها ايجابياً بدرجة خفيفة.



١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١ ١٢ ١٣ ١٤ ١٥ ١٦

الشكل (٤) - منحنى التفاعل الجاوي الفروي في السائل
الدماغي الشوكي لمصاب بالتصلب اللويحي

كما ترى في الشكل الرابع الذي يقرأ كما يلي :

٠ ٠ ٢ ١ ٠ ٢ ٢ ٢ ٢ ١ ٠ ٠ ٠ ٠ ٠ ٠ ٠ ٠

واما في خراجات الدماغ واورامه فانها تحدث تفاعلاً يكاد يكون خاصاً بها. ومتى كان السائل الدماغي الشوكي عكراً في خراج الدماغ تعذر اجراء التفاعل واذا كان رائقاً كان التفاعل فيه شبيهاً بتفاعل التهاب السحايا.

واذا ضر بنا صفحاً في اورام الدماغ عن السائل الدماغي الشوكي الاصفر (xanthochromique) والمتخثر من نفسه فان السائل يحدث نفاعلاً في المنطقة اليمنى من المنحني .

وسنأتي على ذكر التغيرات الطارئة على السائل الدماغي الشوكي في شتى امراض الجملة العصبية ليتمكن التمييز بينها .

تفاعل الاكسير المسكن في السائل الدماغي الشوكي

R. de l'élèxir parégorique dans le l. c. r.

ذكر تارغوفلا (Targowla) هذا التفاعل في السائل الدماغي الشوكي لتشخيص الاصابة الافرنجية في الجملة العصبية . ويرتكز اساس هذا التفاعل على حصول رسوب في المخلوط القروي المكون من الاكسير المسكن والماء المقطر بوجود سائل دماغي شوكي عائد الى مصاب بافرنجي الجملة العصبية .

يجرى التفاعل في انبوب بين صغيرين بان يوضع في الانبوب الاول ٥ قطرات من الماء المقطر و ١٠٠ قطرة من السائل الدماغي الشوكي و ١٥ قطرة من الاكسير المسكن والانبوب الذي يترك شاهداً يقتصر فيه على ٢٠ قطرة من الماء المقطر و ١٥ قطرة من الاكسير . يترك الانبوبان مدة ١٢-٢٤ ساعة وبعد هذه المدة لا يحدث السائل الدماغي الشوكي رسوباً في الانبوب على عكس سائل المصاب بالافرنجي العصبي الذي يحدث رسوباً يبتأ فيه .

حياة الاستاذ برونن

نأتي بهذه الكلمة على ذكر استاذ ترك له في التاريخ الطبي اثر لا يمحى ونحن واثقون ان كلمتنا الموجزة قاصرة عن ايقاء ماله من الفضل على الطب وابنائنه لان اعماله الجملة التي قام بها لا تستوعبها الا المجلدات الضخمة غير ان مالا يدرك كله لا يترك جله فاذا نحن لم نستطع ان ندون جميع ما لهذا النابغة من الاعمال الجليلة فاننا نرغب في ان نأتي على لحة منها مقرر ين بما له من الفضل علينا .

كان برونن استاذاً لعلم النسيج في معهد الطب في باريس وكانت حياته مثالا للنشاط منذ نشأته وكان ميله الى التقصي عظيماً منذ نعومة اظفاره فسبر غور التاريخ الطبي والتشريح وعلم المضغة (embryon) فسمي استاذاً مرشحاً ورفي بعد مدة وجيزة الى رتبة استاذ علم النسيج في نانسي فأخذ يدرس أدق شيء في بناء الانسان المجهرى فغني به الخلية .

ولم يمض الا وقت قليل حتى انتشرت شهرة برونن انتشاراً عظيماً فانتهت الجمهورية الفرنسية استاذاً لعلم النسيج في معهد باريز حيث اصبح من كبار الاحياءيين الفرنسيين .

الف كتباً عديدة منها علم المضغة الفقري ورسالة في علم النسيج نفخ فيها روحاً جديدة ونهض بهذا العلم نهوضاً عظيماً وترك فيه للخلية مقاماً رفيعاً ويبحث عن كيمياء الخلية وخلقها بحثاً لم يجاره فيه احد .

وكان يتحاشى في تقصيه الاقتباس والتحرى ف او التبديل
وعنى عناية خاصة بالشبهة معلقاً فيها كل آماله فكان الشبان يميلون
الى الاقتراب منه والاعتراف من يجر علمه الزاخر لانهم كانوا يقرأون على
محياه الرغبة في تثقيف عقولهم والميل الى اثاره طريق التقصي لم وتعليمهم
كيفية البحث والتنقيب و كأن يشجع تلامذته على تعلم علوم الخلق والمضغة
والكيمياء لاعتقاده ان آلية الحياة الخلوية والنسجية لانهم الا بالتعمق في
درس هذه العلوم وقد نبغ عليه عدد من تلاميذه فرنسة اليوم فرفعوا مستوى
هذا العلم .

اصيب استاذنا في اثناء الحرب العظمى بموت ولده في ساحة القتال
فكان هول هذه الصدمة عليه شديداً وانصب على البحث ليخفف من لوعته
لانه لم يكن يجد في سواء سبيلاً الى سلوي هذا المصاب فانخرط في سلك
التلمذة وبدأ يدرس علم الحيوان في معهد دار الفنون الباريزي

فعاد استاذ معهد الطب الذي وخط الشيب رأسه تلميذاً يتلقى الدروس
بين شبيبة باريز وقطع عهداً على نفسه ان يتم اعمال ولده الذي مات
شهيد الوطن فهل نرى بيننا مثل هذه الصفات النبيلة ياترى ؟ وكان
الدهر لم يرتو من دماء ابنه الاول فاراد تجربع هذا الاستاذ العظيم كأس
الحزن حتى الثالثة فاخطف منه احدث اولاده في ساحة القتال ايضاً ولم
يشفق على تلك الزهرة النضيرة ولا على ذلك الشباب الفاضل الذي لم يتجاوز
العقد الثاني من الحياة فكانت الضربة الثانية شديدة فصمت ظهر استاذنا
النبيل غير انه ازداد ميلاً الى العلم لانه سلواه الوحيدة وجمع مجموعة من

الحيوانات اهداها الى معهد دار الفنون فجاءت مجموعته مثال الانقان ورمزاً الى تفاني برونن في العلم . وانا لانعجب اذا رأينا تلامذته يكونه بدموع حارة لاننا شعرنا بماطفة حزن شديد يوم قرأنا خبر مصرعه وانطفاء جذوة ذلك الذكاء المتقد .

ان للاستاذ الراحل فضلاً على معهدنا العربي لن ننساه فقد درس عليه زميلنا الاستاذ الفاضل مصطفى شوقي بك من دمشق مدة من الزمن فقدم برونن بواسطته الى المعهد الطبي العربي كثيراً من المستحضرات الدقيقة التي صنعتها يده فقابل زميلنا مصطفى بك هذه الماطفة بماطفة نظيرها فاهدى الى استاذة مجموعة حيوانات مصنفة متقنة فشكره برونن بعبارات لطيفة قائلاً له ما ترجمته : « لقد عرفت ان نقر على ألطف وتر حساس في قلبي باهدائك اليّ هذه الهدية الثمينة فلك مني جزيل الشكر »

وقد قبض لي الحظ ان ادرس عليه واعمل في مخبره الخاص فلقبت منه كل لطف وعطف فكان يراقب اعمالي بغيرة واخلاص نادرين . وقد تكرم على معهدنا قبل مغادرتي لفرنسة بمستحضرات عديدة لاتزال محفوظة في مخبرنا مع عاطفة الامتنان والشكر .

وقد زوجت منه منذ بضعة شهور ان يعضد مجلة معهدنا الطبي العربي فاجابني الى ذلك واخبرني انه اخذ يتقصى في بحث خاص بمعهدنا لينشر في مجلتنا متى انجز غير ان المنية قد عاجلته قبل ان ينجز ما في دماغه المتوقد من الاعمال التي باشرها .

ومن صفات هذا الاستاذ الجميدة صفة يتصف بها اكثر اساتذة الغرب فلم يكن يغمط احداً حقه ولم يكن يترفع عن ان يقرّ بفضل من يساعده في اعماله من الطلبة والرسامين والمنضدين والطباعين وسواهم مهما كان مقامه الاجتماعي لانه كان يرى في ذلك واجباً مقدساً مرعي الاجراء وان هذه المزية تنقصنا نحن الشرقيين ونعدها عاراً مع ان فيها لنا فخراً لان الاقرار بفضل ذوي الفضل صفة سامية تعلي صاحبها وتلقي في نفس الآخرين ميلاً الى النشاط والعمل .

شوكة موفق الشطي



مقتضيات عما يقال ويعمل

في سريريّات الاستاذ حنا لويس فور (J. L. Faure)

« ٢ »

ترجمها الحكيمان مرشد خاطر و شوكة موفق الشطي

الاستقصاء النسيجي الحيوي (biopsie)

هو جزيل الفائدة في سرطانات الرحم لأن المعالجة لا تفيد في هذا الداء الا اذ بكر في تشخيصه واما اذا شخص بعد انقضاء ٤ او ٥ اشهر عجز الجراح والمدوي بالأشعة عن شفاء المرض فانت المريضة .

وان ما يبدد هذا الشك انما هو اقتطاع قطعة من الورم وفحصها فحصاً نسيجياً .
نقطع القطعة ١ — من عنق الرحم : من النقطة الصلبة الفزيرة النزف
ويجب ان يكون حجمها كافياً ويستعمل لهذا الغرض منقاش حنا لويس فور او
منقاش ريو (Ruault) الصغير . وتوضع القطعة في المحلول المثبت (١) .

٢ — من باطن العنق (متى كان السرطان في باطن العنق) بمجرفة فلكان
(Volkman) الصغيرة .

٣ — من باطن الرحم : وذلك بعد ان يوضع العنق وتجرف الرحم ويميز حينئذ
السرطان عن التهاب الرحم الشبخوني .

ان فحص المواد المستخرجة بالتجريف بالعين المجردة ودرجة صلابتها يكفي لوضع
التشخيص التقريبي فاذا كانت الآفة التهاب الرحم الشبخوني يكمل التجريف او

(١) راجع مقالة احدنا الحكيم شوكة موفق الشطي عن التثبيت وطرق اجرائه في هذه المجلة .

كانت سرطاناً بقف الطيب عند ذلك الحسد . لأن ثقب الرحم امر ممكن وثقبها خطر للغاية ننج من ذات الخلب المنتشرة او ظهور السرطان متأخراً في الخلب .

اضاءة المثانة (cystoscopie)

مضى كانت الرحم مصابة بالسرطان واظهرت اضاءة المثانة ان هذا العضو قد التهمته آفات سرطانية دل المس المهبل ان في الرنج الامامي صلابة كافية لتترك التوسط الجراحي جانباً .

وقد تظهر اضاءة المثانة ان التهاب الملحقات المتعيج قد انتزع في المثانة فيجب الانتباه والحذر من قنطرة الحالبين قبل العمليات النسائية لأنها تسهل تعفن المثانة والكلية . والاضاءة مفيدة في التواشير الحالبية المهبلية لأنها تبين الحالب المصاب وقيمة الكلية الثانية .

اضاءة المستقيم (rectoscopie)

مفيدة كل الفائدة متى شك في الآفة بين ان تكون في رنج دوغلاس او ان تكون سرطان المستقيم . ان سرطان السين الحرقفي قد يلتبس بورم صلب في المبيض .

في الانتان وآفات الفرج والمهبل

وعيوب الاعضاء التناسلية

- | | |
|---------------------------------|---------------|
| ١ — اتصال الغشاء المخاطي | } طرق الانتان |
| ٢ — الطريق البلغمي (النفراوي) | |
| ٣ — الطريق الوريدي | |

ان المكورات البنية هي أكثر الجراثيم احداثاً للتعفنات التناسلية فانها تكتسب نشاطاً واحدة متى وجدت مستقبلاً صالحاً لنموها كصل الدم وعلل لنا هذا الامر ما نصادفه في الممارسة وهو ان المرأة التي لا تكاد تعدي وهي في الزمن الواقع بين طمثين تعدي عدوى شديدة في زمن الحيض .

لاحظ احد المصابين بالسيلان انه شفي بعد ان أصيب بحمى عالية افلا يجوز

ان تكون العفونات الطويلة المدة التي ترتفع بها الحرارة الى ٤٠ — ٤١ مئوية طريقة من طرق معالجة هذا السيلان ؟

تختار المكورات البنية الغدد وتفضلها على سواها واما المهبّل فلا يحسن ضيافتها غير ان الخلايا الالتهابية قد تحتلها المكورات البنية في اثناء بعض الاحتمانات (الحبل ، الطمث ، السحجات) فتتقل العدوى اليها بالمفوزات الآتية من الاقسام الاخرى والمارة بها .

فالقاعدة المطردة نقضي بتعوي المكورات البنية بعد الطمث : على عنق الرحم ، وعلى فوهة غدد برتولان ، وعند الصباخ البولي . تمتد المكورات البنية الطريق لتعفتات أخرى (بالمكورات العقدية والعنقودية « ستراتوبوكوك ستافيلوكوك ») وهذا ما يحصل حرقة البول خطرة في المرأة .

التهاب الفرج والمهبّل :

أكثر ما يكون تاليا في المرأة الكهله } التهاب الفرج
و بدنيا في البنات الحديثات مسببا من تعفن موضعي
والتهاب الفرج في البنات الحديثات بقي (غونوكوكي) بمعدل ٩٨ بالمائة من الحادّات .

وينجم من احوال عيية ومن العدوى كما في المستشفيات والمدارس و من هناك العرض . وينحصر غالبا في الفرج نفسه وفي غشاء البكارة .
فتشكو المريضة آلاما شديدة في اثناء البول .

فيجب في مثل هذه الاحوال انذار الأمرة بأن الرمد الصديدي (ophthalmie purulente) ممكن الوقوع اذا لم تتخذ الوسائط اللازمة فيجب ان تربط يد الطفلة الصغيرة .

واما المداواة فنقوم بتكرار الغسل لكي ننضب السيلانات وبذر الزئبق الحلو (الكالومل) على الفرج صرفا او مخلوطا بمساحيق اخرى مخففة كالطلق وسواه وذلك بعد غسل الفرج بالصابون .

وتكون التهابات الفرج في المرأة } ناجمة من المكورات البنية
او من غيرها

فحق كانت ناجمة من المكورات البنية كانت الاعراض الموضعية شديدة جداً : سيلانات ، آلام واخ .

وهذا النوع من الالتهاب خطر لا يتم شفاؤه الا بعد مدة طويلة وانتشاره الى الاعضاء المجاورة ممكن .

المداداة — الغسل بفوق منغثات البوطاس $\frac{1}{8000}$ الى $\frac{1}{10000}$ في بادى الامر ثم تزداد النسبة حتى $\frac{1}{400}$ او اكثر .

واما المهبل فتسمح جميع ثنيات غشائه المخاطي بقطيلة قطن ومنقاش . ويمسح الغشاء المخاطي الذي بسطت ثنياته بالبروترغول الذي نسبته $\frac{1}{500}$ في البدء ثم تزداد النسبة حتى $\frac{1}{300}$.

طريقة فور (Faure) : توضع قطيلة (tampon) من القطن مبللة بمحلول الحامض البكري القريب من الاشباع اي $\frac{1}{100}$ وذلك بعد الغسل بمحلول فوق منغثات البوطاس مدة من الزمن ولا يجوز ترك هذه القطيلة اكثر من ٢٤ ساعة وفعل هذه المادة آلي لا نه يحدث توسفاً شديداً في غشاء المهبل المخاطي حاملاً معه المكورات البنية ولا يجوز ان يضمخ الحامض البكري اكثر من مرتين في الاسبوع . ثم يستعاض عنه بتضميد المهبل بالزيت الغومولي تسكيناً لتنبه المريضة .

والغوناكرين (gonacrine) المحضر في محلات بولتك فعال جداً محلولة ٤ — ١٠٠٠ واستعماله مرة في اليوم .

المداداة اللقاحية : فوائدها جليلة في التهابات المفاصل الحادة .

التهابات الفرج في الطاعنات في السن : يصحبها الداء السكري في اغلب الاحيان . فيجب ان تدوى المريضة بمداداة عامة ثم ان تعالج معالجة موضعية وذلك بالاعتناء بالنظافة وبغسل الفرج مرتين بالصابون يوميا وباستعمال مادة مبدلة كحمض التوتيا (او كسيد الزنك) والشاب (alun) .

ومما يمكن فلا يجوز الاكثار من استعمال المواد المضادة للفساد لأنها تبدل حيوية النسيج السطحية وتثقل الخاصة القاتلة للجراثيم التي تنصف بها مغزوات المهبل .

التهاب غدة برطولان (Bartholinites) التهاب هذه الغدة دليل على آفة

سيلانية حادة او مزمنة .

تشق الغدة متى كان الالتهاب حاداً شقاً واسعاً عند التقاء الشفر الكبير بالشفر الصغير ثم تدك الغدة لكي تندب من القعر قبل السطح .

ويجب في الحالات المزمنة الكيسية الشكل استئصال الغدة استئصالاً تاماً والحذر من جرح البصلة .

سرطان الفرج — الابتليوما الرصغية : تنمو في الناحية القريبة من البظر

أكثر من سواها .

وتتصف بصفات الاورام العادية : قاعدة صلبة غير محدودة ، آفة غير مؤلمة ، تنزف لا قل لمس .

واما سرطان المهبل فيعول في اغلب الاحيان سرطاناً آخر وتشخيصه صعب يسهله طينا لمس الشرجي والمس الشرجي المبلي المشترك .

كما ان اضاءة الشرج (rentoscopie) — توقفنا على درجة انتشار الآفة في الوراء .

واضاءة المثانة (cystoscopie) — توقفنا على درجة انتشارها في الامام .

اما انتشار الورم الى الاوعية البلغمية فيتنوع فكل آفة في المهبل تسير الى العمق الى العقد الحرقفية الحوضية البعيدة المنال .

واما اورام الفرج فتنتشر الى العقد الاربينة . غير ان ذات العقد الراجعة ممكنة

الوقوع في سرطان المهبل الواقع في القسم السفلي منه فان العقد الاربينة تضخم .

المعالجة — تقوم باستئصال ورم الفرج متى كان السرطان محدوداً . والحذر من غزارة النزف في هذه الناحية .

واما اذا كان استئصال سرطان الفرج متعذراً او اذا كان السرطان في المهبل

فيداوى بالرايديم او بالاشعاع العميق (radiothérapie profonde) متى كانت

العقد عميقة . والحذر من تكون ثقب شرجي مبلي في الوراء او ثقب مثاني مبلي

في الامام اذا كانت الآفة منتشرة انتشاراً شديداً .

واذا لم تكن لدينا هذه الوسائط نستعمل المداواة اللطيفة القديمة اي المكواة النارية (thermocautère) او معجون كانكوان (Canquoin) الذي يوقف سير المرض وينقص المفرزات الصديدية الدموية التبتة .

يطلّى بهذا المعجون ساعتين الى ثلاث ساعات فينجم منه تصلب عميق .

وأكثر اورام الفرج هي من نوع الايثيلوما .

السل: سل الفرج نادر جداً . ويكون

شكله دخنياً forme miliaire

قرحياً ulcèreuse

مزمنًا نسيجياً chronique hypertrophique ويسمى esthiomène

و يصعب تشخيص هذه الانواع جداً ان لم يلجأ الى الفحص النسيجي

العيوب الولادية

من الارحام مائكون مفصولة بحجب فتسوق الطيب الى الخطأ في التشخيص حين الحمل ومنها مائكون مضاعفة (utérus didelphes) كما ان من المهابل ما يكون ايضاً منقسماً بحجب ومضاعفاً . وكل هذا من العيوب الشاذة النادرة .

وقد يكون غشاء البكارة مسدوداً سداً كاملاً فيتراكم وراءه دم الحيض بعد البلوغ ويختجم فيكون انصباباً دموياً مهليلاً فأذا اجري من شر جي حينئذ شعرت الاصبغ بان الحوض ممتلئ بجسم مائج فيجب شق غشاء البكارة

واذا تراكم الدم في الرحم لانفلاق مضيقها كان مانسحب انصباب الرحم الدموي (hematometrie) وقد يختجم الانصبابان معاً .

ومن الاطفال من يكونون مصابين بعيوب ولادية فيظن انهم اناث مع انهم ذكور في الحقيقة لان خصام تكون هاجرة وهذا هو الخنث الكاذب (pseudo-hermaphrodisme)

اما الخنث الحقيقية اي المولود الذي له آلة المرأة والرجل فغير موجودة حتى ان التاريخ الطبي لم يور منها سوى حادثتين او ثلاث حوادث ويجب الحذر من هذه

الغدد التناسلية المهاجرة التي لا يتم نموها فتصاب باستحالة سرطانية خبيثة وهذا ما يدعو الى استئصالها متى بدأت بالكبر .

فقدان المهبل الولادي: هذا العيب يقع أكثر مما كان يظن لأن المنظر الخارجي يكون طبيعياً (الشفران الصغيران وغشاء البكارة، البظر) غير أن هؤلاء النساء يلاحظن انهن قد تجاوزن سن البلوغ ولم يحضن أو انه تعذر على ازواجهن ان يجامعهن بعد الزواج وهذا ما يدعوهم الى استشارة الطبيب . فيتبين من فحصهن انهن خاليات من الارحام .

وتقوم طريقة الاستقصاء بادخال مسبار معدني للمثانة فتشعر به الاصبع بعد ادخالها للشرح

فإذا يجب أن يصنع في هذه الحالة ؟ ان الجراحة فلما تأتي بنتيجة حسنة :

١- تفرق المثانة عن المستقيم الى ابعد نقطة ممكنة فيشكلون من هذا الخلاء

المهبل المقبل

٢- يمنع الالتئام عن ان يقع وذلك بطريقة التطعيم الادمي البشري المأخوذ من الوجه الباطن للفخذ وتفرس في هذه المسافة .

ويجب ان يوسع هذا الخلاء توسيعاً منتظماً لانه اذا ترك وشأنه انقبضت النسج بعد مدة قصيرة فتكون رذبة لا يستوعب اكبر من قلم رصاص

٣- باستعمال التصنيع الذاتي (autoplastie) بشرائح مأخوذة من الفخذ ولا يجوز مطلقاً قطع شريحة يتجاوز طولها ضعف طول الذنب .

٤- طريقة بوزي (Pozzi) : يصنع المهبل بالشفرين الصغيرين اللذين بضاعفان و بشئان الى باطن النفق المحدث .

وامم محاذير هذه الطرق جميعها هو ان المهبل يسير دائماً الى الانقباض فيجب ان يهتم بتوسيعه توسيعاً منتظماً ومستمرأ مدة مديلة والا ذهب التعب سدى .

٥- وقد فكر البعض في التطعيم المعوي

طريقة بالدوين (parocédé de Baldwin) : تقتض عنوة معونة الى المهبل

المحدث و تثبت في فوهة الفرج (وذلك بعد ان تفاغر القطعة المموية الباقية ، فافخرة

انتهائية انتهائية (وتفتح العروة بعد ان تكون قد التصقت فيتكون منها المهبل الحديث وهذه الطريقة قلما تنجح لان العروة تموت بسبب الجرح المحدث على اوعيتها او لأن الفرز تنفتح فيطرأ التهاب الخلب ويثلوه الموت .

طريقة ماري (Mari) — تقوم بتجفيف قطعة عمودية من المني عوضاً عن ان تكون القطعة المنقوصة بشكل ٧

وقد يستفاد من المستقيم فيجعل قسم منه بين المستقيم والمثانة وتجنّض النهاية البقرية حتى الشرج . ولهذا الطريقة مجاذير كثيرة اهمها المفزات والقولنج في اثناء الجماع

الجروح الجراحية — النواسير التالية لها

من النواسير ما يكون تالياً للجروح الجراحية ومقرها المثانة او الحالب او الامعاء المثانة : قد تنجح وتفتح حين فتح البطن على الخط النعني فيجب والحالة هذه ان تشتتر المريضة قبل ان تبضع .

وقد تهر الاورام اللبنية المثانة الى الوراء وتلتصق بها فتخرج في سياق العملية الجراحية دون ان ينتجها اليها الجراح فيجب ان يجتنب الامر بوضع قاثانير فيها ليكون مرشداً للجراح اليها .

ويجب ان تحاط المثانة متى فتحت وتنجح الخياطة في الغالب الا اذا سدّ القاثانير فامتلات المثانة بولاً فيجب تبديل القاثانير كل اربعة ايام تحاشياً لانسدادها برواسب البول .

وقد يخرج المثانة ايضاً في سياق عمليتي خزع رتج المهبل الامامي (col potomie) او ثنصيمه (colporrhaphie) .

وجروح المثانة ممكنة ايضاً في سياق الولادة وقد قلت اليوم عما مضى بعد ان اتقن فن التوليد اتقاناً حسناً . وسبب هذه الجروح موات مثاني مسبب من الضغط .

الحالب : هو خطر دائم في الامراض النسائية لأنه لا يرى ولاً مقره ليس ثابتاً كما هو مذكور في كتب التشريح ولاً هذا المقر يتبدل متى وجد ورم في البطن . ففي الاستئصال التام (وارثهايم Wertheim) لا يخرج الحالب لأنه يسلخ غير أنه يصاب بالموات في اليوم الثامن . وانما يخرج متى وجد ورم في الرباط العريض

ويجرح أيضاً في استئصال الرحم والملحقات متى وجد ورم لبني واقع في الاسفل او صلبته جسامه العنق . ويجرح الحالب متى اخذت الشعب الثانية الرحمية بالمنقاش او قد يجرح أيضاً في المضيق العلوي في اثناء قطع السويقة الرحمية المبيضية

فاذا كان الجرح عالياً وجب ان يحاط طرفا الحالب احدهما بالآخر على ان يتحاشى الشدة وتضع غرز امتدادية بعيدة وغرزتان زاويتان وتكون الابرة دقيقة والخيوط حريرية ولا تكون الغرز ثابتة ولا تنجز الخياطة قبل نصف ساعة .

و يوضع احفوض في المهبل وتحاط خياطة الحالب بالثرب تحاشياً للملامسة الاحفوض لما واذا وقع الجرح في الاسفل : فيجوز المفارقة الحالية الثانية الجديدة

(uretéro cysto neostomie) ومعنى ذلك ان يحاط الحالب بالثانة بعد خزع قسمها الاكثر لياناً الذي يسهل تقريبه من الحالب غير ان جرح الحالب كثيراً ما يقع في العالي .

ولبست نتيجة هذه العمليات باهرة لان الحالب تضيق فوهته فتزعج الكلية في القيام بوظيفتها ولا تلبث ان تضمر واذا بدا التاسور الجراحي متأخراً يفضل استئصال الكلية على العمليات الالفة الذكر بعد مرور شهرين او ثلاثة اشهر واما متى تعفنت الكلية فيجب الاسراع لان الضرورة تقضي بذلك .

الامعاء الدقيقة :

متى التفتت الامعاء الدقيقة بالنفير الملتهب كان من ذلك كيس ملتهب فاذا شدة ذلك الكيس انبثقت الامعاء عوضاً عن ان ينبثق الكيس . فيجب والحال هذه ان تجرد الامعاء بالمقراض او المضع بانتباه شديد واذا جرحت الامعاء وجبت خياطة طبقتها كل على حدة دون ان يضيق قطرها وجعل الخياطة حسب طول الامعاء وليس حسب عرضها .

المعى الغليظ :

هو اشد متانة من المعى الدقيق غير انه اذا تمزق كانت خياطته اشد صعوبة واما نتيجة الخياطة افضل . هذا اذا سهر على افراغه من الغازات افراداً دائماً لانها اذا اجتمعت فيه وسعته فانفتقت الغرز . فيجب وضع مسبار في المستقيم وتبطين الجرح بالثرب .

مفكرة في الطب العملي

مداواة الحى التيفية

منجمة بقلم الحكيم شوكة موفق الشطي عن المطبوعات الحديثة

١- قواعد حفظ الصحة

أ - يغسل فم المريض ولسانه مراراً بماء فيشي ولا سيما بعد تجميع الحليب

ب - يقطر كل يوم في انف المريض ثلاث مرات من الزيت

الزيتورسيني الذي نسبته $\frac{1}{10}$

ج - ينظف الجلد تنظيفاً منتظماً ، تحتنب خشكر يشة الاضطجاع

بمخلقات مطاط وامرة ميكانيكية . تطلى الدمامل بمرهم حمض الزئبق الاصفر الذي
نسبته $\frac{1}{10}$ و يذر مسحوق الطلق على ظهر المريض واليه بعد كل استحمام .

٢- التغذية

يشرب المريض سائلاً غزيراً : ثلاث لترات في اليوم نصفها لبن

فاتر او بارد او مثلوج صرف او ممزوج بشاي او قهوة او ماء فيشي . ولا بأس

في تجرع المريض لبناً خائراً عوضاً عن اللبن . ويعطى المريض ايضاً مرق

الحضر و مناقيع و خمرأ ممزوجة بماء ، اذا كان من قدا اعتادوا التبيذ ، و شراب

البرتقال والليمون وأشربة محلاة مختلفة بمددة بالماء ، وشامانيا بمددة بالماء

وقليلاً من مرق اللحم المزال شحمه وتخلى المشروبات بكية قليلة من السكر

(والاكثر منه غير جائز نحاشباً لوقوع اختار معوي) . يشرب المريض من

هذه السوائل كل ساعة او كل ساعتين ويترك بدون شراب متى كان نائماً

ولا بأس في إعطاء حساء حليب او مرق خضر ممزوجاً بقليل من الطحين وذلك في الاشكال الخفيفة

واذا رفض المريض تخرج السوائل او لم تحملها معدته وجب ان يحقن صباحاً بـ ٥٠٠ غرام ماء محلى بنسبه $\frac{1}{10}$ قطرة فقطرة ويحقن تحت الجلد بمصل خلقي (فسيولوجي) اود بسوزي (غليكوزي) .

٣- التبريد

أ- توضع في الحمامات الخفيفة او المتوسطة الشدة محفظة جليد كبيرة على ان يكون بينها وبين الجلد (فلانلا) وان يذر الطلق على الجلد ويجوز ان توضع المحفظة على ناحية القلب .

ب- واذا كان الشكل شديداً يلف المريض كل ثلاث ساعات مرة بمقربة «شرشيف» مبللة ماء حرارته ٢٥-٢٨ مدة ساعة وذلك متى تجاوزت حرارة المريض ٣٩

ج- واذا كانت الحمى اشد وجب ان يستحم المريض بحمامات فاترة درجتها ٣٣ اولا ثم ٢٨ في الحمامات التالية كل ثلاث ساعات مرة في النهار واما في الليل فتكون الفترة بين الحمامين افسح . ويجب ان تكون حرارة حمام الاطفال ٣٨

د- واما في الاشكال الاختلاجية او الشديدة الحرارة وفي الاشخاص الاقوياء فيستعمل ماء بارد درجته ٢٠ على ان تكون مدة الاستحمام ربع ساعة مرة كل ثلاث ساعات نهائياً وليلاً ومتى تجاوزت الحرارة الدرجة ٣٩ . ويجب ان تلاحظ حالة النبض وان يسكب ماء بارد

على رأس المريض او يبل رأسه بماء بارد ممزوج بالخل .
 ويعطى المريض اشربة كحولية حارة . ولا يجوز اعطاء ذلك متى
 كان المريض قليل المقاومة او متى وجدت اضعاف قلبية او نزف معوي
 او اضعاف تنفسية شديدة .

٤ - المداواة الخاصة

اذا شخص المرض في الاسبوع الاول وكان شكل الحمى سليما او متوسطا
 ولم يصحح الطحال كثيرا جاز استعمال اللقاح المضاد للحمى التيفية تحت
 الجلد (حياطة فيها خمسمائة مليون عضية ابترت) يبدأ اولاً بالحقن بربع سنتيمتر
 او نصفه (وقد يقتري المريض تفاعل حروري شديد ولكنه سريع الزوال
 ولا خطر منه) فاذا لم تهبط الحرارة يحقن المريض بعد يومين او ثلاثة
 ايام بسنتيمتر مكعب ثم يحقن ايضاً بعد ثلاثة اوار بمائة ايام بسنتيمتر مكعب ونصف
 ب - واذا خشي الطبيب حوادث الصدمة جازله و نصف لقاح
 لنيار المعوي (entéro vaccin de Lumière) فيعطى منه حبتين صباحاً
 واثنين مساءً مدة سبعة ايام

٥ - المداواة الغرضية

أ - يعطى المريض يومياً ١٦٥ اورو ترو بين على ثلاث دفعات فيخل
 ١٥٠ سنتغراماً كل مرة في قدح ماء و يعطى
 ب - يعطى الكسفرين (الادرنالين) : مقدار عشر قطرات مرتين
 او اربع مرات اي (٢٠ - ٤٠ قطرة في اليوم)
 ج - يعطى المريض كل يوم ثلاث ملاعق حساء من المركب الآتي :

١	غرام	كولارغول
٢٠	غراماً	اكسير خاروس
٣٠	غراماً	غليسرين
١٠٠	غرام	ماء

د- وإذا كان ارتفاع الحرارة شديداً ومستعصياً وكانت بنية المريض حسنة جاز اعطاؤه ١٢٥ اسبرين او ١٥٠-١٧٥ كر بوجنين في اليوم ثلاث دفعات
 هـ - وإذا اعتري المريض اسهال وجب ان يحمى الا عن الماء وان يعطى ليموناضا لبنية (limonade lactique) واكسيرة براغوريك وتحت ازوتاة الازموت مخلوطة بالفحم وذلك متى كان البطن متطبلاً .
 و - وإذا اخذ القلب ينحور وجب وضع الجليد عليه وحقق تحت الجلد بالزيت المكوفر واعطاء مقادير صغيرة من البنين (٠.١٠) وكبريتاة السبارتين (٠.١٥) ثلاث مرات في اليوم والحقق بحجابه فيها ملغرام من الستركنين

ز - وحقن تحت جلد المريض ايضاً بجزء من مصل دمه المسخن مدة ٢٤ ساعة في ثور حرارته ٣٨ او بخمسة سم^٣ لبناً معقماً (فينجم من ذلك تفاعل شديد خطر اذا كانت بنية المريض ضعيفة وقد يتلوه نجاح سريع)
 ٦ - دور النقع

متي هبطت الحرارة الى الحد الطبيعي واستمرت طبيعية مدة اربعة ايام يضاف الى غذائه تدريجياً حساء مرق اللحم فمدقوق البطاطا فمحليات بطحين الارز فمعجنات فيبض فسمك فلعلم مدقوق وتعطى ايضاً مقويات قليلة مدة من الزمن ويوعز الى الناقة ان يملكث مدة في البر

فهرس المواد العام للمجلد الرابع من مجلة المعهد الطبي العربي

مرتب على حروف المعجم

المصحفة

« أ »

- ٢٠٣ ابتلاع الهواء
١٢٠ آراء لغوية
١٧٤ اراجيز ابن سينا
٢٥٥ استفسار *
٣٥١ — الامر المزمع في المصابين بضخامة المoothة (طريقة غريبة لمكافحة —
٥٤٣ — الامر الذي يعقب العمليات الجراحية بمحقن الوريد بالبيلوكرين (مداواة —
٥٨٤ ٤٣٧٥ ٤١٢٥ ٤٦٠ أشعار طبية
٢٤٩ — الاضغاث الورمية التالية لتعفنات ماحول ذروة السن (معالجة —
٣٨ الاعتلال الجبهي
٣٧٧ — التهاب المرارة المتحولي والخراج المتحولي في فص سببغل (التشخيص التفريقي بين —
١٢٧ الام المتقبلة « بشري للامر »
٤٣٨ — الانفحة الاصطناعية (غمل —
٢١٤ الانسولين في الجراحة

« ب »

- ٤٤١ — باجه سرطان حقيقي (داء —
٤٨٧ — البار كينسونية بالحقن بسم الرماح (مداواة الصلابه —
٦١٦ — بروين (حياة الاستاذ —
٧٤ بلوخ مبتسر

المصحفة

« ت »

- ٣٥٠ التخذير العام بمزيج شليخ وبجهاز امبردان
٤١٩ ، ٣٦٥ التخذير في امراض الفم
٤٥١ التخذير القطني في القباله
٥٠٥ التخذير القطني في المستشفى العام

« ث »

- ٤٥٧ — الثآليل بالاقتناع (مداواة —

« ج »

- ٢٥٧ الجذام والسل
٥٨٠ جرح في الناحية السباتية اليمنى
٥ الجرذ مدخور لنوعه الطاعون
٤٨٢ جواب عن استفسار

« د »

- ٢٨٧ — الدوالي وقروح الساقين الجراحية (معالجة —

« ذ »

- ٣٧٦ — الذباب (لقتل —

« ر »

- ٤٠٨ — الزكبة (رضوض —
١٤١ — الروح او الفرديزم (تحليل —
٣١٣ الريح الجنينية الاصطناعية

« ز »

- ٥٧٩ — الزكام (مداواة —

الصحيفة

« من »

- ٢٩٥ السابياء
٦٠٣٤٥٣١٤٤٧١٤٣٩٠ — السائل الدماغي الشوكي (فخص —
١٥١ — السخند المعيب (ارتكاز —
٣٠١ السخند والمشيمة
٤١٤ — السخند (معلومات نسيجية خلقية عن —
٤٣٩ — السريريّات والمداواة الطبية (كتاب —
٥٥٥ — سقوط الشعر (افضل محضر لمكالمة —
٥٥٨٤٤٨٨٤٤٢٨٤٣٦٩٤٣٠٦٤١٨٢ — السكر (صناعة —
٢٦ — السل (احفظوا اطفالكم من —
٣٣٨ — السل الزئوي الجراحية (معالجة —

« ص »

- ٤٢ صحة الطفل « التزينة »
٨٧٤٢٨ الصوت الوظيفي
٣٥٧٤١٠٢ الصيدلة في الزراعة

« ض »

- ٤٥٨ — الضنك (لمحة انتقادية من —
٥١٢٤٣٣٧ ضياع المزج الوحيد الجانب

« ط »

- ٣٨٢ — الطحال في امراض الدم (استئصال —
٤٠٠ الطريق الخليلي الجانبي في جراحة الكلية

« ع »

- ٥٩٥ العقم الناشئ من الرحم ونفديها

الصحيفة

٣٢٨ ، ٢٦٥

— العلل العصبية الافرنجية (آخر ما وصلت اليه المعالجة في —

٥٦٧

عيار دقيق لحامض البول في البول

« غ »

٣٥٣

غدة الغضلة الرحمة

٥٣٧

— الغدة النخامية الامامي (فص —

« ف »

٤

فأشحة السنة الرابعة

٥٨٥

— الفتق الاربي الجراحية (معالجة —

٩٦

الفتوق وعملياتها الجراحية في الرضع والطفولة الاولى

« ق »

١٦

— القرمين المفصلين في الركبة (رضوض —

٥٣٨

— القرمزية (اسباب —

١٥٤

قضيبت مضاعف

« ك »

٢٥٣

— الكحول (من رذائل —

١٣٠

الكورات البشرية والكورات المقرنة

٢٢٢

— كنوز حلق الفخذ (معالجة —

٣٤٨

كسر ناتئ الشظية الاربي

٥٦٩

— الكليية وتزفها الجهول السبب (ألم —

١٩٣

الكينوثور يوم في معالجة البرداء

« ل »

٢٤٤

اللجنة الفاحصة الفرنسية في المعهد الطبي العربي

الصحيفة

« م »

- المتحولية في الانسان (بعض المظاهر السريرية الغامضة التي تظهر بها الآفات — ٦٥
المشيعة ام السغد ٤٨٥
مطبوعات حديثة :
الآثار . ٥٠٢ ، ٢٥٦
اطروحة السيد الجاني ٥٥
تاريخ الطب عند العرب الى يومنا ١٢٨
— الرباس (اطروحة الحكيم في الصيدلة السيد الياس فرح عن — ٥٠٣
قانون الصحة ١٩٠
— المفاصل السيلانية (التيهابات — ٧٧
مفكرة في الطب العملي :
— توسع الفصبات (مداواة — ٤٧٩
— الحمى التيفية (مداواة — ٦٢٩
— خناق الصدر المصحوب باضطراب المضم (مداواة — ٥٥٢
مقتضبات عما يقال ويعمل في مريبات حنا لويس فور ٦٢٠ ، ٥٤٤
مقتطفات حديثة :
البلاسموكين في البرداء ٥٣٩
الفصد الابيض ٥٤٢
— مل الرئة بالثيوكرين (مداواة — ٤٦٧
الكظفر في مراقبة ثبات تركيب الدم (وظيفة — ٥٤١
مؤتمر الجراحة الفرنسي ٥١٨

« ن »

- نظرات في الكون من خلال الكشوف العلمية الحديثة ١٥٥

الصحيفة

« ه »

٤٨

لمبولينات

« و »

٥٥٦

لوشم وطرق إزالته

٢٤٣ ١٦٢

— الولادة الطبيعية (خطة العمل الواجب اتباعها في —

« لا »

٢٣٤

— لا يترك (حياة —

« ي »

٣٦٣

— باليرندج (التسمم بالاحذية المصبوغة —



فهرس الاعلام

من كتبه المقالات والمراسلين مرتبة على حروف المعجم

الضعيف

٢٥٣ ٤٢ ٤٦	احمد حمدي اغياط (الحكيم الاستاذ)
١٥٥ ٤١٤	اسعد الحكيم (الحكيم)
٤٨٥ ٤٨٢ ٤١٢٠	انستاس ماري الكرملي (الاب)
١٩٣ ٤٥	تانون (الحكيم الاستاذ)
٤٥٨ ٣٧٧ ٣١٣ ٢٥٧ ٦٣	تراپو
٥٨٠ ٥١٢	
١٩٣	جامو
٣٢٨ ٢٦٥ ٤١٤	جود
٤١٩ ٣٦٥ ٢٤٩	جينستاي (الحكيم)
٦٠٣ ٥٣١ ٤٧١ ٣٩٠ ٣٢٨ ٢٦٥	حسني سبع (الحكيم)
١٥١	داود بيتو (الحكيم)
٣٥٣ ٢٩٥ ٢٤٢ ١٦٢ ١٢٩ ٣٨	شوكة الشطي (الحكيم الاستاذ)
٤٨٧ ٤٧٩ ٤٦٩ ٤٦٧ ٤٥١ ٤١٤	
٥٤٤ ٥٤٣ ٥٤٢ ٥٤١ ٥٣٩ ٥٢٦	
٦١٦ ٥٩٥ ٥٧٩ ٥٦٩ ٥٥٦ ٥٥٢	
٦٢٩ ٦٢٠	
٤٨٨ ٤٢٨ ٣٦٩ ٣٠٦ ١٨٢ ١٠٩	صلاح الدين الكواكي (دكتور في الصيدلة)
٥٥٨	
٥٥٥ ٤٣٨ ٣٧٦ ٣٥٧ ١٠٣	عبد الحميد قنباز (الصيدلي)
٣٠١	عبد الرحمن الكيالي (الحكيم)

الصحيفة

عبد القادر مري (الحكيم الامتاز) ٨٧ ٤ ٢٨

عبد الوهاب القنواقي (الصيدلي الامتاز) ٢٠٥٥ ٤ ٥٥ ٤ ٤٨

عيسى اسكندر المعالوف (الامتاز) ٥٨٤ ٤ ٣٧٥ ٤ ١٧٤ ٤ ١٢٥ ٤ ٦٠

لومبركل (الحكيم الامتاز) ٢٤٢ ٤ ٢٢٢ ٤ ٢٠٣ ٤ ١٦٢ ٤ ٧٧ ٤ ١٩

٦٢٠ ٤ ٥٨٥ ٤ ٥١٨ ٤ ٣٨٢ ٤ ٣٣٨ ٤ ٢٨٧

٥٤٤ ٤ ٣٢٨ ٤ ٢٦٥

مار (الحكيم)

٤ ١٢٧ ٤ ٩٦ ٤ ٧٧ ٤ ٦٣ ٤ ١٩ ٤ ٥ ٤ ٣

موشد خاطر (الحكيم الامتاز)

٢٣٤ ٤ ٢٢٢ ٤ ٢١٤ ٤ ٢٠٣ ٤ ١٩٠ ٤ ١٢٨

٣٣٧ ٤ ٣١٣ ٤ ٢٨٧ ٤ ٢٥٧ ٤ ٢٥٦ ٤ ٢٤٩

٣٦٥ ٤ ٣٦٣ ٤ ٣٥١ ٤ ٣٥٠ ٤ ٣٤٨ ٤ ٣٣٨

٤٢٤ ٤ ٤١٩ ٤ ٨٤٤ ٤ ٣٨٢ ٤ ٣٧٧

٥١٨ ٤ ٥١٢ ٤ ٥٠٥ ٤ ٥٠٣ ٤ ٤٥٨ ٤ ٤٤١

٦٢٠ ٤ ٥٨٥ ٤ ٥٨٠ ٤ ٥٤٤

٣٧٧

ميشل (الحكيم)



